



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores
primarios informales y tiempo de hospitalización en
pacientes del área de Urgencias**

TESIS

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Myriam Eunice Hernández Núñez

MIEMBROS DEL COMITÉ

Director: Dr. Edgar Landa Ramírez

Revisora: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Sinodales: Dra. Aime Edith Martínez Basurto

Dra. Rocío Ivonne de la Vega Morales

M. en C. Juan Castillo Cruz



Ciudad Universitaria, CDMX, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
1. Resumen.....	3
2. Psicología de la Salud.....	4
3. Depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios informales y tiempo de hospitalización en pacientes del área de Urgencias.....	19
4. Método.....	37
5. Resultados.....	50
6. Discusión.....	59
7. Referencias.....	71
8. Anexos.....	85

Resumen

Los cuidadores primarios informales de los pacientes de Urgencias Médicas pueden estar expuestos a afectaciones físicas, psicológicas y sociales relacionadas al apoyo que brindan, estas consecuencias podrían influir en el pronóstico del paciente. El objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre la ansiedad, depresión y sobrecarga del Cuidador Primario Informal (CPI) con el tiempo de hospitalización del paciente del área de Urgencias Médicas. Además, se buscó describir las características sociodemográficas de estos cuidadores, las prevalencias de estos problemas emocionales y la estancia hospitalaria promedio del paciente. Se realizó un estudio no experimental, transversal y correlacional, en el cual se realizaron evaluaciones semiestructuradas a 100 Cuidadores Primarios Informales del área de Urgencias. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la entrevista de sobrecarga de Zarit (ZBI), además se recopiló el tiempo de hospitalización mediante registros del personal del servicio de Urgencias. Como resultados, se identificó que la estancia hospitalaria promedio fue de 3.79 días (D.E.=3.19), se encontró que de los CPI evaluados el 76% son mujeres, con edad promedio de 47 años y se dedicaron de tiempo completo a sus tareas de cuidado. Se encontró que 61% tenían sintomatología ansiosa, 54% sintomatología depresiva 75% y 15% sobrecarga leve y moderada. En cuanto a la relación entre las variables, se identificaron correlaciones débiles y no estadísticamente significativas entre la estancia hospitalaria y las variables psicológicas (ansiedad $r=0.103$, $p=0.30$, depresión $r=0.149$, $p=0.138$ y sobrecarga $r=0.082$, $p=0.417$). Se identificaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre las variables psicológicas de ansiedad y depresión ($r=0.708$ $p=0.001$), depresión y sobrecarga ($r=0.373$, $p=0.000130$), así como la ansiedad y la sobrecarga ($r=0.358$, $p=0.000253$).

Palabras clave. *Cuidador primario informal, sobrecarga, ansiedad, depresión, tiempo de hospitalización, Urgencias Médicas.*

Primer capítulo

Psicología de la Salud

En la Conferencia Internacional de Salud de 1946, la naciente Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas) declaró en su acta constitutiva los principios básicos que estructuran su misión y funciones como organismo internacional rector en el ámbito sanitario, señalando que la salud puede definirse como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1964).

Años después durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud de 1978, esta institución retomó la definición antes mencionada en la declaración de Alma-Ata para establecer la salud como un derecho humano fundamental necesario para el desarrollo económico y social internacional, enfatizó la importancia de reducir el problema de las desigualdades socioeconómicas de acceso a este derecho, comprometiéndose a los países afiliados a promover la promoción y protección de la salud de sus habitantes a través del desarrollo de políticas sociales y de salubridad para garantizar cuidados básicos basados en procedimientos clínicos, científicos y sociales de acceso universal (OMS, 1978).

Actualmente, la OMS en su más reciente congreso internacional de atención primaria a la salud realizado con motivo de la conmemoración del cuadragésimo aniversario del desarrollo de la declaración de Alma-Ata, creó la declaración de Astaná (OMS, 2018) en la que reconoce que la atención primaria a la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la búsqueda de la salud física, mental y social además de ser piedra angular para la cobertura sanitaria universal. Este documento prioriza la

necesidad de atender los padecimientos no transmisibles relacionados con el mantenimiento de conductas no saludables, así como los problemas medioambientales, los brotes epidémicos y las amenazas sanitarias globales, por medio de una atención integral a la salud en la que se abarca desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta los cuidados paliativos, mediante intervenciones seguras, confiables y accesibles para todas y todos. Se busca que los gobiernos afiliados a esta conferencia, así como los habitantes de estas regiones y los agentes de interés, se comprometan a generar alianzas de trabajo alineado para el desarrollo de planes y políticas sustentables de atención primaria a la salud en beneficio de la salud de todas las personas.

Las condiciones mundiales que sirvieron como contexto al desarrollo de los avances en la concepción de la salud antes mencionados pueden explicarse a través del modelo de las transiciones epidemiológicas de Omran (1971), el cual postula que la complejidad de los cambios en los patrones de salud y enfermedad están relacionados con variables demográficas, económicas y sociológicas.

Este modelo propone cinco premisas:

1. La mortalidad es un factor fundamental para la dinámica poblacional. Este principio puede reflejarse en las fluctuaciones demográficas causadas por los patrones de natalidad y mortalidad. En sociedades pre-modernas, no había medidas de control de natalidad o anticoncepción, pero la población no aumentó por la alta proporción de mortalidad causada por epidemias, guerras y hambrunas, dadas estas condiciones la esperanza de vida de sus integrantes era breve. Con el desarrollo de la edad moderna, la tasa de mortalidad bajó, la

población se estabilizó y los padecimientos de etapas anteriores cobraron menor importancia; después de la segunda guerra mundial la población se multiplicó porque la tasa de natalidad se mantenía en aumento.

2. Durante la transición, los patrones de enfermedad y mortalidad presentaron una variación gradual y a largo plazo, avanzando de la etapa de enfermedades infecto-contagiosas a otra de padecimientos crónicos o causados por el ser humano debido a su estilo de vida. Para fines explicativos se distinguen tres etapas:

- a. Etapa de la pestilencia y hambruna: caracterizada por mortalidad alta y fluctuante que obstaculizó el crecimiento demográfico, la esperanza de vida disminuyó oscilando entre los 20 y 40 años. Las principales problemáticas de esta etapa fueron las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones maternas.
- b. Etapa del retroceso de las pandemias: en este periodo la mortalidad descendió progresivamente y la población aumentó de forma exponencial; las epidemias fueron cada vez menos frecuentes o desaparecieron en algunos casos y la esperanza de vida aumentó a 50 años.
- c. Etapa de las enfermedades crónicas y antrópicas: en ésta los índices de mortalidad disminuyeron y la esperanza de vida aumentó hasta superar los 50 años; la natalidad se convirtió en un factor crucial para la dinámica demográfica y poblacional.

Algunos de los determinantes de las enfermedades reportados por el autor son los siguientes:

- Determinantes biológicos y ecológicos: agentes de infección, características negativas del ambiente y resistencia del huésped.
- Determinantes socioeconómicos, políticos y culturales: mejoras en las condiciones de vida, adopción de hábitos saludables de higiene y nutrición transmitidos socialmente.
- Determinantes médicos y de salud pública: medidas sanitarias para prevenir, combatir o curar enfermedades; este aspecto tuvo impacto sólo en el siglo XX.

Un punto importante a considerar es que las etapas de transición epidemiológica en países industrializados han estado relacionadas con cambios sociales y culturales de sus habitantes, mientras que en países en vías de desarrollo los cambios en salud han sido influidos por el progreso de la tecnología médica.

3. Durante la transición epidemiológica los cambios más significativos se han centrado en la niñez y en mujeres jóvenes. Desde la etapa del retroceso de las pandemias se ha beneficiado a los niños, mujeres adolescentes y en edad reproductiva, antes vulnerables a distintos padecimientos. Estos cambios se debieron gracias a mejores condiciones de vivienda, nutrición, medidas sanitarias tempranas y progresos en el campo de salud pública. Estas mejoras aumentaron la esperanza de vida en niños de 0 a 4 años y permitieron a las mujeres una supervivencia mayor a los 50 años, superior al tiempo de vida para hombres de su mismo rango etario.

4. Los cambios en los patrones de salud y enfermedad que caracterizan esta transición estuvieron asociados con transformaciones demográficas y socioeconómicas que constituyen el complejo proceso de modernización, lo cual se explica de forma directa mediante las variaciones de natalidad y mortalidad que afectaron la dinámica de la población; además de forma indirecta mediante la reducción de la fertilidad. Este aspecto puede notarse en la homogeneidad de la población, los avances en salud reproductiva y el progreso en supervivencia infantil. Este proceso se atribuye a cambios fisiológicos asociados a cuidados posnatales, renovación cultural en hábitos de nutrición y sanidad, así como cambios actitudinales en la concepción de las prácticas de crianza y familiares.
5. Las variaciones características en el patrón de cambio poblacional, sus determinantes y consecuencias, pueden agruparse en tres modelos de transición epidemiológica: modelo clásico u occidental, modelo acelerado y modelo tardío o contemporáneo.

El modelo clásico, el cual describe el desarrollo de diversos países europeos, se caracteriza por una disminución progresiva en mortalidad y natalidad acompañado del proceso de modernización, este proceso fue influenciado por cambios socioeconómicos, sanitarios y demográficos. El desarrollo económico sostenido, así como el decaimiento gradual de pandemias y hambrunas favorecieron un crecimiento de la población sustentable; sin embargo, las enfermedades crónico-degenerativas se convirtieron en la principal causa de mortalidad y morbilidad.

El modelo acelerado, que ilustra el proceso de países como Japón, Inglaterra y Gales, señala que la etapa de la peste y la hambruna y la fase del

retroceso de las pandemias se asemejaron a la tendencia del modelo clásico. No obstante, estos países priorizaron avances en modernización, tecnología médica e higiene y de control demográfico, así como un desarrollo social que se tradujo en cambios drásticos en menor tiempo que se expresaron en una mortalidad de 10 por cada 1000 habitantes y se alcanzó una mayor supervivencia infantil y femenil, aunque aumentaron de forma vertiginosa las enfermedades crónico-degenerativas.

El modelo tardío, que representa a los países en vías de desarrollo cuyos procesos de transición se actualizaron recientemente o están en proceso de igualar la tendencia global. Algunas características de este modelo son la disminución lenta de la tasa de mortalidad poblacional a inicios del siglo pasado y con mayor impacto después de la segunda guerra mundial; la necesidad de la intervención internacional en campañas de salud pública para regular la población, sobre todo en aspectos de mortalidad, y cambios discretos, pero no suficientes en la supervivencia de grupos vulnerables.

Décadas después, Armelagos, Brown y Turner (2005) considerando el modelo de transición epidemiológica de Omran, actualizaron esta propuesta desde una perspectiva antropológica mediante el análisis de la influencia de la distribución desigual de recursos económicos y la estratificación social en la evolución del ser humano, este proceso se conceptualiza con el término “macroparasitismo”. Este grupo de investigación distingue tres etapas:

Primera etapa, caracterizada por el paso del forrajeo a la producción primaria de alimento durante el periodo neolítico, donde las infecciones se explicaban por el aumento

de la densidad poblacional; los primeros asentamientos humanos generados a causa del sedentarismo, el inicio de la domesticación de animales y plantas al igual que el desarrollo de la agricultura y su influencia en la nutrición, la repartición de tareas de acuerdo al género y el inicio de la estratificación social.

Segunda etapa, en la cual hubo una disminución en la frecuencia de enfermedades infecciosas y un aumento gradual en los casos de enfermedades crónico-degenerativas. Como rasgos distintivos, se nota el proceso gradual de urbanización, el aumento de la desigualdad social y los avances en el campo de salud pública.

Tercera etapa, que presenta avances tecnológicos, cambios microbianos, el auge del consumismo y cambios en el estilo de vida de las personas que favorecieron el mantenimiento de las enfermedades crónicas, la reaparición de las enfermedades infecto-contagiosas ahora con multiresistencia a los antibióticos a causa del uso inapropiado de estos fármacos y una desigualdad social sin precedentes.

Una de las aportaciones de este estudio fue explicar los medios en que el estatus socioeconómico, el empobrecimiento y la discriminación social se pueden traducir en una reducción de oportunidades de acceder a recursos de salud.

Años después, otro grupo de investigación (Zuckerman, Harper, Barrett & Armelagos, 2014) criticó el modelo clásico de transición epidemiológica señalando que se trataba de una propuesta especulativa que careció de datos confiables, falta de muestras representativas, reduccionismo al tratar el fenómeno social de la pobreza, no contemplar aspectos de morbilidad, discapacidad o calidad de vida, no contemplar el fenómeno de la globalización y migración, y la categorización arbitraria de distintos tipos de sociedades.

Desde una perspectiva epidemiológica, añaden a la propuesta antropológica del grupo de investigación de Armelagos *et al.* (2005) que durante la etapa de “retroceso de las pandemias” comenzaron a gestarse las condiciones que permitieron la generación de una nueva etapa de transición epidemiológica, caracterizada por el desarrollo de enfermedades crónico-inflamatorias y el resurgimiento de enfermedades infecto-contagiosas con multiresistencia a los medicamentos. Entre las causas de este fenómeno se encuentran: la reducción de exposición a microorganismos no patógenos durante el desarrollo prenatal e infantil provocando una falla inmuno-regulatoria además de cambios en los hábitos de salubridad; y por otra parte a los cambios propios de la sobrepoblación y la globalización, que influyen en la contaminación ambiental y la crianza de animales para consumo. Los autores enfatizan la necesidad de analizar la interacción entre el ser humano y otras especies, los patógenos y las características del ambiente actual para evitar el desarrollo de consecuencias perjudiciales para el equilibrio ecológico.

Del mismo modo en que las sociedades cambiaron con los nuevos patrones de salud y enfermedad, resultó necesario promover cambios en la forma de entender e intervenir en estos fenómenos. A finales del siglo pasado, George Engel (1977) notó la crisis de su especialidad, la Psiquiatría, para adherirse al modelo imperante en medicina: el modelo biomédico. Durante una crítica expone las deficiencias de este modelo tradicional para abordar los fenómenos de salud y enfermedad en toda la disciplina médica al reducir la complejidad de sus problemáticas a factores somáticos y excluir de su objeto de estudio las variables psicológicas, sociales y culturales necesarias para abordar estos temas de forma holística.

Las características principales de este modelo tradicional son cinco: tomar la biología molecular como fundamento de la Medicina, considerar las enfermedades como desviaciones biológicas, la exclusión de variables psicosociales, adherirse a un reduccionismo fisicalista basado en el dualismo cartesiano y apegarse al método hipotético deductivo como única forma de obtener conocimiento científico.

Ante las dificultades de seguir este modelo insuficiente y “miope” al panorama sanitario internacional, el autor propone un modelo biopsicosocial que pretende buscar un abordaje integral de los determinantes en salud considerando términos biológicos, psicológicos y sociales; pues supone que permean el proceso de salud-enfermedad, el sistema de atención a la salud y la interacción de los pacientes con los proveedores sanitarios, permite brindar nuevas respuestas a los interrogantes no abordados por las ciencias médicas por considerarse “no biológicos” y el desarrollo de nuevas perspectivas de promoción de salud y atención a la enfermedad. Si bien identifica que este modelo hegemónico se mantiene por factores políticos, económicos, educativos y culturales, despertó el interés por progresar la base conceptual y práctica de las ciencias de la salud, mediante la formación curricular del personal sanitario, el desarrollo de investigación clínica que fundamente la validez del nuevo modelo y la viabilidad de desarrollar intervenciones eficaces.

Las aportaciones de la propuesta seminal de Engel radican en la identificación de factores científicos, clínicos y analíticos de las inadecuaciones del paradigma biomédico, las cuales se han agudizado progresivamente hasta la actualidad, perfilándose como una de las metas más significativas para las ciencias de la salud en el siglo XXI. El posible objetivo último de este modelo será la identificación de factores modificables de tipo biológico, psicológico o social para sustentar investigación sofisticada que valide la

pertinencia del modelo y su utilidad para el progreso del cuidado colaborativo de carácter personalizado (Fava & Sonino, 2017).

Este modelo muestra contribuciones alentadoras como son las siguientes: poseer potencia explicativa, promovió el enfoque de atención centrada en la persona, permitió la elaboración de distintos instrumentos de evaluación, está sustentado por la investigación internacional vigente y fundamenta la implementación de tratamientos integrales. Cabe señalar que este paradigma es perfectible y hasta el momento se identifican varias críticas que es necesario considerar, la mayoría derivada de su uso imprudente: supuesta marginalización de los cuadros clínicos de los padecimientos comparado con otras variables biopsicosociales, considerarse un ataque injustificado al modelo biomédico, ser modelo que no es universalmente útil; así como, posibles consecuencias a la atención clínico por su uso indebido. Estos investigadores señalan retos a afrontar como mejorar el registro y seguimiento de estos pacientes, difusión del modelo, su importancia y aplicaciones a áreas quirúrgicas o de cuidados críticos, así como al público en general que desconoce esta información, generar agentes de interés en el ámbito político, administrativo, financiero y académico en búsqueda de un enfoque de apoyo integral y sustentable (Wade & Halligan, 2017).

Entre las ciencias que se involucraron en el cambio de paradigma biopsicosocial destacó la aportación de la Psicología. Como antecedentes algunos autores como Matarazzo (1980) y Lubek *et al.* (2018) describen que antes de las guerras mundiales, existía una desconexión entre las intervenciones de la medicina y la Psicología, y en el caso de esta última, el trabajo de sus diferentes áreas de aplicación se encontraba desarticulado. Cuando estos eventos bélicos se presentan, se abren algunas oportunidades de colaboración entre la Psiquiatría y la Psicología Clínica, ya sea de índole asistencial, académica o de

investigación en el ámbito hospitalario, con énfasis en las intervenciones con veteranos de guerra, donde se buscaba mejorar sus condiciones educativas, de salud mental, ocupacional y en su desempeño en las fuerzas armadas.

A partir de este momento, la ciencia psicológica se posiciona como profesión del ámbito de salud, mostrando evidencia de aportaciones relevantes de intervención en la promoción de salud y prevención de las enfermedades, la adaptación a un diagnóstico, durante un tratamiento o rehabilitación no sólo en problemas de salud mental, sino desarrollando avances tecnológicos en diversos problemas de salud pública y con distintos contextos de atención.

En el año de 1977, durante la conferencia de Yale sobre Medicina Conductual y la conferencia en la Academia Nacional de Ciencias en 1978, se define la Medicina Conductual como “un campo interdisciplinario encargado del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias conductuales y biomédicas relacionados al proceso de salud y enfermedad, y su aplicación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (p. 812). A partir de estos eventos fundacionales de esta rama de la Psicología, el Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre (NHLBI, por sus siglas en inglés) genera su división de Medicina Conductual, algunos médicos conductuales se reúnen en la Academia Nacional de Ciencias para la creación la Academia de Investigación en Medicina Conductual (ABMR, por sus siglas en inglés) y la primera revista científica del campo *Journal of Behavioral Medicine* en 1978. Posteriormente, en 1989 se funda la Sociedad Internacional en Medicina Conductual.

De forma paralela y gracias a los cambios conceptuales que experimentaron tanto la Psicología como las ciencias biomédicas, y al apoyo financiero de organizaciones públicas como el NHLBI o el Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos (NIMH, por sus

siglas en inglés), así como otras instituciones o sectores de interés en el área de la salud se genera en 1978 la división 38 de la Asociación Americana de Psicología “Psicología de la Salud”. Este campo puede definirse como:

“el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la ciencia psicológica para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada” (p. 815).

Un área que ha tomado gran importancia en este campo es la Psico-oncología, desarrollada en 1975; la cual se define como una “subespecialidad del cáncer, la cual aborda dos dimensiones psicológicas: las reacciones psicológicas de los pacientes y sus cuidadores en todas las etapas de este padecimiento y los factores biopsicosociales que contribuyen a la causa del cáncer y su supervivencia” (Holland, 2002; pág. 215). Es importante destacar que los cambios en la concepción de esta enfermedad y de las enfermedades mentales, los progresos en la interacción del paciente y el proveedor de salud, así como un mayor énfasis por la calidad de vida posibilitaron que esta subespecialidad avanzara de forma importante en los aspectos clínicos, formativos y de investigación. Desde su fundación y hasta la actualidad busca abarcar la complejidad multifactorial de este padecimiento de forma integral, haciendo énfasis en la importancia de considerar aspectos biológicos, conductuales, sociales y espirituales durante todo el progreso del padecimiento y desde una óptica multidisciplinar (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

En la actualidad existe evidencia empírica que respalda la acción de la medicina conductual y la psicología de la salud en diversos padecimientos tales como el daño

cardíaco congénito (Lane, Millane & Lip, 2013), fibrosis quística (Goldbeck, Fidika, Herle & Quittner, 2014), dolor crónico, diabetes, insomnio, obesidad, control del consumo de sustancias, adherencia a regímenes de tratamiento, depresión y riesgo suicida (Weisberg & Magidson, 2014) reducción de sintomatología ansiosa y depresiva, mejoras en calidad de vida y manejo de los padecimientos en áreas de oncología, gastroenterología, infectología, endocrinología y cardiología (Magidson & Weisberg, 2014), depresión, ansiedad, fatiga, apoyo social y calidad de vida en pacientes con falla cardíaca (Freedland, Carney, Rich, Steinmeyer & Rubin, 2015), calidad de vida y salud mental en pacientes sobrevivientes de sepsis (Schmidt *et al.*, 2016) autorregulación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y menor uso de servicios de Urgencias Médicas (Newham *et al.*, 2017), ansiedad, depresión y toma de decisiones para la terapia anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular (Clarkesmith, Pattison, Khaing & Lane, 2017), regulación emocional en pacientes que viven con VIH (Van der Heijden, Abrahams & Sinclair, 2017). cáncer, dolor crónico, diabetes y traumatismos craneoencefálicos en entornos pediátricos (Law, Fisher, Eccleston & Palermo, 2019).

Es importante reconocer las múltiples aplicaciones prácticas que ha generado la ciencia del comportamiento dentro del ámbito de la salud. Pese a estos esfuerzos, la Psicología no ha podido introducirse plenamente dentro del área de Urgencias Médicas. Landa-Ramírez y Cruz-Murillo (2019) mencionan que una de las posibles razones es que la definición que articula la atención del área de Urgencias no contempla una perspectiva biopsicosocial, al abordar exclusivamente la implementación de atención inmediata de tipo médica, quirúrgica o psiquiátrica para asegurar la supervivencia y estabilización del organismo (“Definition of emergency medicine”, 2016; Wade & Halligan, 2017), lo cual impacta la estructura conceptual del campo y las potenciales áreas de intervención.

Además de brindar atención médica a los pacientes, es fundamental incluir la evaluación y el abordaje en el ámbito psicológico porque el departamento de Urgencias Médicas podría ser una de las principales fuentes de apoyo profesional para esta población, sin embargo, el manejo de estas problemáticas es inconsistente. Los usuarios esta área pueden presentar distintas problemáticas: ya sea secuelas de tipo físico, tales como complicaciones comórbidas, recuperaciones lentas o mayor riesgo de muerte; de tipo psicológico como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, baja adherencia a tratamientos y sintomatología depresiva; o consecuencias sociales como un mayor uso de este departamento (hasta 6.6 veces por año) y mayor gasto de recursos económicos, personales y sanitarios por conductas de búsqueda de apoyo (Shaffer, Riklin, Jacobs, Rosand & Vranceanu, 2016; Dark, Flynn, Rust, Kinsell & Harman, 2017; Reyes *et al.* 2018).

No sólo los pacientes resultan afectados durante su experiencia en Urgencias también las personas cercanas que lo cuidan, como los CPI, quienes se definen como aquellas personas que asumen voluntariamente los cuidados de su paciente y la toma de decisiones sobre su tratamiento, sin entrenamiento formal o remuneración económica (Alpuche, Ramos, Rojas & Figueroa, 2008; Montero, Jurado, Valencia, Méndez & Mora, 2014; Vázquez *et al.*, 2014).

Algunas de sus problemáticas más resaltadas en la literatura internacional son: síntomas depresivos, aislamiento social, problemas económicos, problemas de sueño, desgaste físico, percepción de sobrecarga en cuidador, dificultades en conductas de autocuidado, sensación de control alterada, pobre calidad de vida tanto en el cuidador como en su paciente por cuidados de baja calidad y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (Shaffer *et al.*, 2016). La probabilidad de presentar algún problema psicológico incrementa

de acuerdo con el número de actividades que realizan para cuidar a su paciente así como su duración del tiempo de cuidados, problemas para dormir, incertidumbre ante la enfermedad y su pronóstico, restricciones en su vida personal, aislamiento social, dificultades económicas y el estado de salud de la persona enferma y el impacto del ajuste a las diversas tareas que realizarán durante el tratamiento del paciente (Koyanagi *et al.*, 2018)

En síntesis, se considera que la ciencia psicológica puede realizar contribuciones fundamentales para el manejo del paciente del área de Urgencias Médicas, así como a sus cuidadores primarios informales; pues cuenta con recursos teóricos, metodológicos y prácticos para el análisis de las variables psicológicas y el diseño de intervenciones fundamentadas empíricamente y clínicamente relevantes.

En este contexto, el interés de este trabajo de investigación es identificar la relación de las problemáticas emocionales del cuidador, en particular la ansiedad, la depresión y la sobrecarga del cuidador y su relación con el tiempo de hospitalización del paciente usuario del área de Urgencias Médicas. Para abordar esta pregunta, se desarrolla el segundo capítulo de este trabajo donde se expone un panorama de la investigación en cuidadores primarios informales y su relación con la estancia hospitalaria de los receptores de cuidado.

Depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios informales y tiempo de hospitalización en pacientes del área de Urgencias

La OMS (2018) define la medicina de urgencias como una disciplina mundial que puede ser un instrumento de prevención primaria y se enfoca en la atención secundaria de las enfermedades; abarca la atención en situaciones de emergencia, el suministro de servicios en la comunidad y durante el transporte del paciente, así como el suministro de atención en el servicio de urgencias de los centros hospitalarios. Entre sus herramientas para mejorar aspectos de salud pública se encuentran: intervenciones en abuso de sustancias y violencia interpersonal, educación sobre prácticas de seguridad, vigilancia epidemiológica, reclutamiento de pacientes para protocolos de investigación clínica, educación y práctica clínica de personal de salud y participación en respuestas a desastres naturales o causados por el ser humano. Además, el Colegio Americano de Médicos de Emergencias considera este campo como un área de especialidad dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones imprevistas o inesperadas, incluye la evaluación inicial, diagnóstico, tratamiento y disposición rápida del cuidado médico, quirúrgico o de salud mental que cada paciente requiera (“Definition of emergency medicine”, 2016).

Los pacientes ingresados al servicio de urgencias reciben la atención médica apropiada debido al sistema de niveles de Urgencia “Triage”. Esta clasificación tiene como objetivo seleccionar y ordenar los casos a atender dependiendo de la gravedad y riesgo vital, así como la necesidad de atención del paciente, ya sea al área de consulta externa o al servicio de hospitalización y observación. La canalización al tratamiento correspondiente de cada caso permite resguardar la seguridad de los pacientes, tratar de evitar la

sobrepoblación dentro del área, optimizar los recursos disponibles y organizar la investigación clínica de esta especialidad (McHugh, Tanabe, McClelland & Khare, 2012).

Datos epidemiológicos internacionales como la Encuesta Nacional de Cuidado Médico Hospitalario y Ambulatorio de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention (CDC, por sus siglas en inglés), 2015) indican que alrededor de 136, 943 personas asistieron al departamento de urgencias. Algunas de las características sociodemográfica más sobresalientes reportadas son: la mayoría de los casos atendidos son mujeres (75,916 vs. 61,027 pacientes), al rango etario de 25-44 años (39,144 casos), el grupo étnico más atendido fueron personas de raza blanca (n=100,387), el tiempo de estancia fue de entre dos y cuatro horas; más de la mitad de los pacientes se clasificaron en el nivel 3 y 4 de atención (urgente y semi-urgente); las principales causas de su visita al servicio fueron: síntomas, signos y enfermedades de condiciones definidas (n=31,354), lesiones y envenenamientos (n=27,571), enfermedades del sistema respiratorio (n=13,396), desórdenes músculo-esqueléticos (n=9,908) y enfermedades del sistema digestivo (n=8,591). Por su parte, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS, por sus siglas en inglés, 2018) muestra que las admisiones a los servicios de Urgencias han incrementado un 16% recientemente (65, 420 casos), se reciben en promedio 3,100 visitas por día más que en los últimos cinco años y dados los recursos materiales y humanos, el tiempo de atención se estima menor a cuatro horas.

En el ámbito nacional, la agenda estadística (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017) señala que en la Ciudad de México se han atendido 657, 127 pacientes dentro del servicio de Urgencias, de los cuales el 59.7% son mujeres y el 40.3% son hombres. Entre las principales causas atendidas dentro del departamento se encuentran

traumatismos y envenenamientos (148,117 casos), causas obstétricas directas (97,943 personas), infecciones respiratorias agudas (67,089 pacientes), enfermedades infecciosas intestinales (33,755 sujetos) y diabetes mellitus (16,278 casos).

Si bien, la atención a la salud física de los pacientes de Urgencias es de vital importancia; es fundamental incluir la evaluación y el abordaje en el ámbito psicológico pues este servicio podría ser una de las principales fuentes de apoyo profesional para esta población, sin embargo, el manejo de las problemáticas en salud mental es inconsistente y se traduce en mayor número de visitas, uso ineficiente de los recursos materiales y humanos, así como menor éxito en las intervenciones de este departamento (Vu *et al.*, 2015). Los usuarios del servicio de Urgencias pueden presentar afectaciones a nivel físico como complicaciones comórbidas, baja adherencia a tratamientos, recuperaciones lentas o mayor riesgo de muerte (Shaffer, Riklin, Jacobs, Rosand & Vranceanu, 2016); psicológicas como distrés emocional, ira, problemas de ansiedad generalizada, sintomatología depresiva y trastorno de pánico; y afectaciones sociales como mayor uso de este departamento (hasta 6.6 veces por año) y sociales como mayor gasto de recursos económicos, personales y sanitarios por conductas de búsqueda de apoyo (Dark, Flynn, Rust, Kinsell & Harman, 2017; Reyes *et al.*, 2018).

Es importante mencionar que no sólo el paciente resulta afectado durante su experiencia en Urgencias Médicas, también las personas que lo cuidan como son los CPI. Este tipo de cuidadores se definen como aquellas personas cercanas al paciente, tales como sus familiares, pareja o amistades, que asumen la mayoría de los cuidados que éste requiera y que por lo general no reciben una capacitación formal y remuneración económica por cuidar al paciente (OMS, 2015). La investigación sobre cuidadores describe algunas de sus

características: la mayoría son de sexo femenino y miembros de la familia nuclear del paciente, cohabitantes del mismo domicilio, trabajan de tiempo completo o medio tiempo, no reciben entrenamiento formal o remuneración económica por sus actividades de cuidado (Forster *et al.*, 2013; National Alliance for Caregiving, 2015).

Mundialmente, se estima que alrededor de 349 millones de personas son dependientes de un cuidador, lo cual refleja la importancia de este tipo de apoyo (OMS, 2016). En una investigación epidemiológica de 58 países de distintos niveles socioeconómicos (n=258,793 pacientes) se encontró que el 20% de la muestra se encuentra apoyando a algún enfermo, esta tendencia se agudiza en países con mayores recursos socioeconómicos (Koyanagi *et al.*, 2018). En el contexto mexicano, esta investigación reporta que, de 38, 746 cuidadores participantes, la mayoría son mujeres (33,901 personas) y se ubican en el rango de edad de 45 y 64 años (34,937 personas).

Entre las problemáticas más reportadas en la literatura sobre el cuidador primario se encuentran problemas físicos como: mala higiene de sueño, desgaste físico, presencia de enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes y mayor riesgo de muerte (Chung, Pressler, Dunbar, Lennie & Moser, 2010). Problemas psicológicos como: enojo, sensación de control alterada, afectaciones en auto-eficacia, mayor sintomatología ansiosa y depresiva, aumento de estrés percibido, niveles altos de sobrecarga en cuidadores, deficientes conductas de autocuidado, trastorno de estrés postraumático y pobre calidad de vida (Burton *et al.*, 2012; Hu, Dolansky, Hu, Zhang, & Qu, 2016; Koyanagi *et al.*, 2018; Van Beusekom, Bakhshi-Raiez, De Kaizer, Dongelsman & Van der Schaaf, 2015). Finalmente, afectaciones sociales como: aislamiento social, menor búsqueda de apoyo social, problemas económicos, dificultades laborales, puede afectar su capacidad para

ejecutar comportamientos de cuidado e incidir en el pronóstico y riesgo vital de su paciente (Hu *et al.*, 2016; Van Bausekom *et al.*, 2015). Cabe destacar que los problemas de tipo psicológico asociados con mayor frecuencia con la experiencia de ser cuidador primario informal son la depresión, la ansiedad y la sobrecarga. A continuación, se detallarán las problemáticas antes mencionadas.

La sobrecarga se define como la valoración o interpretación que hace el cuidador primario ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades con los que éste cuenta y se origina cuando no se observa capaz de afrontarlos. Si la dificultad para proveer cuidado se mantiene, es probable que genere algún tipo de disfunción o deterioro en el cuidador (Burton *et al.*, 2012). Una investigación describió que en un grupo de pacientes con enfermedades crónicas (n=168), los cuidadores presentaron una prevalencia de 71% en altos niveles de sobrecarga, esta problemática puede impactar en la experiencia de cuidado y desarrollar síntomas de desgaste por empatía (Lynch, Shuster & Lobo, 2018). Por otra parte, un estudio asiático de pacientes con falla cardíaca (n=226) reporta que el 13.3% de los participantes presentó sintomatología leve de sobrecarga y el 86.7% lo experimentó en niveles altos, se sugiere que impacta de forma inversamente proporcional a la percepción de auto-eficacia y apoyo social (Hu *et al.*, 2016).

En cuanto a la depresión, esta problemática se define como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; puede llegar a hacerse crónico y dificultar la capacidad para afrontar la vida diaria; en su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2017). Al respecto, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés,

2009) agrega que la depresión interfiere con el desempeño normal cotidiano y puede causar tanto dolor para el paciente como para sus seres queridos. Reportes de una unidad estadounidense de cuidados intensivos en neurociencias muestran que casi la mitad de los cuidadores presentan sintomatología depresiva significativa, como consecuencia pueden ejecutar cuidados de baja calidad, mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (Shaffer, Riklin, Jacobs, Rosand & Vranceanu, 2016). Por otra parte, una investigación internacional multicéntrica (n=258,793 pacientes) encontró que en los cuidadores participantes la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue de 7.1%, el malestar emocional en cuidadores puede afectar su capacidad para ejecutar comportamientos de cuidado, la estancia hospitalaria o incluso la posibilidad del deceso del paciente (Koyanagi *et al.*, 2018).

Por último, la ansiedad se define de acuerdo con el NIMH (2017) como la presencia de preocupaciones exacerbadas hacia diversas situaciones diarias, incluso en presencia de poca o ninguna razón para inquietarse, esta problemática genera dificultad para regular estas cogniciones negativas e interfiere con la capacidad de los individuos para concentrarse y afrontar la vida cotidiana. Una investigación elaborada en nueve países industrializados indica una prevalencia del 30 al 50% de sintomatología ansiosa en cuidadores de pacientes de un área de cuidados críticos (Quittner *et al.*, 2014). Además, en una revisión narrativa elaborada por Ringer, Moller y Mutsaers (2017) describen que en el departamento de Urgencias Médicas los cuidadores pueden presentar ansiedad debido a las siguientes situaciones: maniobras invasivas o de reanimación, percepción de un trato negligente o indiferente al paciente por parte del equipo de salud. Los autores señalan la importancia de contemplar las variables socioemocionales al momento de interactuar con

los cuidadores y durante toda la estancia de los pacientes para impactar de forma positiva en la atención recibida.

Estas problemáticas de tipo psicológico parecen estar vinculadas, como lo reporta Efi *et al.* (2017) en su estudio de tipo transversal a 150 cuidadores primarios, en el cual describieron una correlación negativa moderada entre ansiedad, depresión y sobrecarga e indicadores de calidad de vida en dominios de salud física y mental, posteriormente encontraron que estas variables como predictores de resultados desfavorables a nivel físico y psicológico. Además, Hu, Yang, Kong, Hu y Zeng (2018), en un estudio transversal de 117 cuidadores primarios informales de pacientes con infarto encontraron una prevalencia de sintomatología ansiosa de 43.9%, depresión moderada en un 26.5% y depresión severa en un 27.4%; niveles de sobrecarga moderada en el 55.6% y severa en un 12.8%. Los investigadores encontraron una correlación positiva moderada y alta con significancia estadística entre niveles de ansiedad y depresión y niveles de sobrecarga significativa, con énfasis en la sobrecarga personal. Algunos factores identificados como predictores en estas variables son el género, no contar con un seguro de gastos médicos y como factor más consistente el tiempo de cuidados mayor a 13 horas diarias.

Como se ha descrito anteriormente, la ansiedad, la depresión y la sobrecarga pueden influir en factores propios del tratamiento del paciente, como el pronóstico de la enfermedad o la estancia hospitalaria. Con la finalidad de indagar los trabajos de investigación que hayan analizado las variables psicológicas antes mencionadas y su efecto en la estancia hospitalaria, se realizó una revisión narrativa de los artículos publicados relacionados a estos fenómenos y contextualizados en el departamento de urgencias médicas, en unidades de cuidados críticos o áreas de hospitalización. Usando encabezados

de términos médicos (MeSH, por su abreviatura en inglés) y palabras clave (text words, en inglés), se realizó una búsqueda en las bases de datos más importantes del campo de la salud: Cochrane review, Pubmed, Psycinfo, CINAHL, Redalyc.

Se encontraron los siguientes trabajos de investigación:

Un grupo de investigación marroquí (Belayachi *et al.*, 2014) se planteó como objetivo evaluar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en un hospital general e identificar sus factores asociados. Se realizó un estudio observacional transversal que evaluó a 304 cuidadores familiares de los pacientes de esta institución mediante un cuestionario sociodemográfico y la aplicación de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés). Como resultados encontraron que 169 cuidadores presentaron síntomas de ansiedad (55.6%) y 125 presentaron síntomas depresivos (41.1%), además que un tercio de la muestra presenta ambas problemáticas. Para fines de este trabajo de investigación, se identificaron como factores asociados más relevantes un mayor número de reingresos al hospital, así como mayor tiempo de estancia en estas instituciones, estas variables aumentan 1.06 y 1.04 veces la probabilidad de presentar sintomatología de distrés emocional respectivamente. Como limitaciones, los investigadores identificaron que el uso de autoreporte, el nivel educativo de los participantes y que los aplicadores de los instrumentos no fueron cegados al propósito de la evaluación psicológica de los cuidadores, razones que podrían dificultar la generalización de la información obtenida a otros contextos. *Ver Tabla 1.*

Un grupo de investigación francés (Bonin-Guillaume *et al.*, 2015) realizó una investigación con el objetivo de identificar el impacto de la sobrecarga en cuidadores

encargados de pacientes geriátricos con reingresos tempranos e inesperados al área de Urgencias Médicas, así como las variables determinantes. Realizaron un estudio de tipo prospectivo longitudinal en el cual se realizó la aplicación de algunos instrumentos de evaluación para el paciente de Urgencias y sus cuidadores, estos últimos respondieron a una entrevista de datos sociodemográficos y el inventario de sobrecarga de Zarit. Entre sus hallazgos encontraron que el 64.2% de la población de su estudio fue re-hospitalizada al área de Urgencias Médicas de forma inesperada en un tiempo menor a tres meses; los cuidadores que corresponden al 28.9% de su muestra reportan puntuaciones moderadas de sobrecarga. En modelos predictivos, se observó que puntuaciones elevadas en sobrecarga del cuidador incrementan hasta 8.7 veces el riesgo de tener un reingreso de tipo temprano y no planificado a áreas de medicina crítica. Los cuidadores reportan una sobrecarga significativa elevada si estos perciben que sus seres queridos fueron maltratados por el personal de salud u observan mal pronóstico en el estado de salud del paciente. Como limitaciones encontraron que el estudio es monocéntrico y cuenta con una muestra pequeña, aunque representativa de la literatura de pacientes geriátricos usuarios de estos servicios hospitalarios. *Ver Tabla 1.*

Kruithof y sus colaboradores (2016) realizaron una investigación con el objetivo de determinar los factores que podrían explicar la ansiedad, depresión y la sobrecarga en cuidadores parejas de pacientes sobrevivientes de infarto a dos meses y un año de seguimiento. Realizaron un estudio de tipo prospectivo de cohortes donde evaluaron a 183 cuidadores parejas de pacientes con infarto intracerebral o isquémico atendidos en hospitales generales holandeses, se aplicó una batería de evaluaciones que incluía una entrevista de datos socioeconómicos, el Índice de Sobrecarga del Cuidador (CSI, por sus

siglas en inglés) y el instrumento HADS. Como factores asociados en la evaluación de seguimiento, a dos meses se encontró que la sobrecarga está relacionada con la sintomatología ansiosa o severidad del infarto; en el caso de la ansiedad se asoció con sobrecarga alta y sintomatología depresiva. En cuanto al seguimiento a un año, se encontró que la sobrecarga en el cuidador se predice por la presencia de síntomas de sobrecarga y ansiedad a dos meses post-infarto; en el caso de la ansiedad fue predicha por la sintomatología ansiosa en el cuidador en el primer seguimiento; y para la depresión son predictores la presencia de sintomatología depresiva a dos meses y mayor estancia hospitalaria por canalización a servicios de rehabilitación para el paciente. Las limitaciones encontradas en este estudio es que no hay información previa de problemas psicológicos de los pacientes y sus parejas, se excluyeron aquellos pacientes con estado de salud grave, posible sesgo de información en la evaluación anual realizada en formato “en línea”, el tipo de análisis de los resultados propuesto y la subdivisión desigual de pacientes que son canalizados y dificulta realizar análisis más detallados. *Ver Tabla 1.*

Por último, el grupo de investigación PARTNER (White *et al.*, 2018) realizó una investigación con la finalidad de comparar una intervención multicomponente y centrada en la familia facilitada por el personal de cuidados intensivos en contraste con el cuidado usual como grupo control. Con esto en cuenta, se realizó un ensayo aleatorizado de tipo escalonado a 1,420 pacientes usuarios de la unidad de cuidados intensivos (UCI) de cinco hospitales estadounidenses, en el cual se aplicó una batería de evaluaciones realizada por los investigadores donde se incluyó el instrumento HADS y el promedio de estancia en cuidados intensivos y en el hospital. Entre sus hallazgos reportaron no encontrar diferencias significativas entre los grupos de comparación en puntuaciones de ansiedad y depresión a

seis meses de su estancia en cuidados críticos. No obstante, el grupo experimental presentó mejoras en la comunicación con personal de salud y en la percepción de que su atención fue centrada en la familia, así como menor duración de estancia en la UCI y en el hospital. Este estudio presenta como limitaciones que los participantes sólo pertenecen a instituciones de una región geográfica del país y sus características sociodemográficas no son representativas a pesar de la aleatorización de la muestra, las respuestas de las evaluaciones se registraron en expedientes médicos en línea y se pudo perder información importante sobre la comunicación entre los profesionales de la salud y los familiares, los resultados secundarios no se ajustaron para comparaciones múltiples y presentan posibilidad de cometer el error de tipo 1. *Ver tabla 1.*

Tabla 1. Artículos presentados en la revisión empírica sobre la relación de ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal y la estancia hospitalaria del paciente de Urgencias Médicas

Autores	Objetivos	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Belayachi <i>et al.</i> (2014).	Evaluar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en una unidad de cuidados críticos en un hospital general e identificar algunos factores asociados a estas cuestiones emocionales.	Estudio observacional transversal	n=304 CPI de pacientes adultos que pasaron más de 48 horas hospitalizados	Cuestionario sociodemográfico Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) ($\alpha= 0.92$ y $\alpha=0.95$ respectivamente)	169 cuidadores presentaron síntomas de ansiedad (55.6%) y 125 presentaron síntomas depresivos (41.1%), un tercio de la muestra presenta ambas problemáticas. Factores asociados: a) paciente: menor tiempo de estancia hospitalaria (OR= 1.04, IC 95% 1.01-1.08, $p=0.02$) y reingresos previos (OR= 1.06, IC 95% 0.99-2.76, $p=0.05$); b) cuidador: ser mujer, duración del tiempo de visita de los familiares a los pacientes, residir en entornos rurales y contar con necesidades de información	Uso de medidas de autoreporte, escolaridad de los participantes y las características de los aplicadores del cuestionario no permiten generalizar los resultados a otros contextos.
Bonin-Guillaume <i>et al.</i> (2015).	Identificar impacto de la sobrecarga en cuidadores de pacientes con reingresos tempranos e inesperados al área de Urgencias Médicas así como sus variables determinantes	Estudio de tipo prospectivo longitudinal	n=150 CPI de pacientes geriátricos del área de Urgencias Médicas	Entrevista de datos sociodemográficos Inventario de sobrecarga de Zarit (ZBI) ($\alpha=0.82 - 0.90$)	En modelos predictivos, se observó que puntuaciones elevadas en sobrecarga del cuidador incrementan el riesgo de tener un reingreso de tipo temprano y no planificado a áreas de medicina crítica. (OR= 8.7, IC 95% 1.5-49.8) 64.2% de la población de su estudio fue re-hospitalizada al área de Urgencias Médicas de forma temprana	Estudio monocéntrico y con una muestra pequeña, aunque representativa de la literatura de pacientes geriátricos usuarios de estos servicios hospitalarios.

(Continúa)

Tabla 1. Artículos presentados en la revisión empírica sobre la relación de ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal y la estancia hospitalaria del paciente de Urgencias Médicas (continuación).

Autores	Objetivos	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Kruithof <i>et al.</i> (2016).	<p>Determinar los factores que explican la ansiedad, depresión y la sobrecarga en cuidadores parejas de pacientes sobrevivientes de infarto a dos meses de seguimiento,</p> <p>Identificar aquellos predictores de las variables psicológicas en los cuidadores a un año de que se presentó el infarto.</p>	Estudio prospectivo de cohortes	n=183 cuidadores parejas de pacientes con infarto intracerebral o isquémico atendidos en hospitales generales holandeses.	<p>Batería de evaluaciones que incluía:</p> <p>Entrevista de datos socioeconómicos</p> <p>Índice de sobrecarga del cuidador (CSI) ($\alpha > 0.80$)</p> <p>Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) ($\alpha = 0.71 - 0.90$)</p>	<p>e inesperada; 28.9% de la muestra reporta puntuaciones moderadas de sobrecarga.</p> <p>Factores asociados: sobrecarga elevada ($p < 0.05$), percepción de trato negligente por el personal de salud o percepción de gravedad en el estado de salud</p> <p>24.6% y el 22.7% de la muestra presentaba altos niveles de sobrecarga, el 32% y el 19.2% presentó sintomatología ansiosa y el 13% presentaba síntomas de depresión en ambas mediciones, cada variable se midió en el seguimiento de dos meses y un año respectivamente.</p> <p>Factores asociados a dos meses de infarto: a) Sobrecarga: sintomatología ansiosa y severidad del infarto; b) ansiedad: sobrecarga alta y sintomatología depresiva; c) depresión, mayor sintomatología ansiosa. $s^2 = 53.4\%$, 57.6% y 61.2% respectivamente.</p>	<p>No hay información de comorbilidad o premorbididad en problemas psicológicos de los pacientes y sus parejas</p> <p>Exclusión de pacientes con estado de salud grave</p> <p>Posible sesgo de información en la evaluación anual realizada en formato “en línea”</p> <p>Sesgo en el análisis de los resultados, al realizar múltiples correlaciones de los resultados obtenidos</p>

(Continúa)

Tabla 1. Artículos presentados en la revisión empírica sobre la relación de ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal y la estancia hospitalaria del paciente de Urgencias Médicas (continuación).

Autores	Objetivos	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
White <i>et al.</i> (2018)	Comparar una intervención multicomponente y centrada en la familia facilitada por el personal de cuidados intensivos en contraste con el cuidado usual como grupo control.	Ensayo controlado aleatorizado de tipo escalonado	n=1,420 pacientes usuarios de la unidad de cuidados intensivos (UCI) de cinco hospitales estadounidenses <i>Criterios de inclusión del paciente:</i> a) respiración mecánica ≥ 4 días, pronóstico de mortalidad dentro de la hospitalización $\geq 40\%$, pronóstico de discapacidad a	Batería de evaluaciones realizada por los investigadores donde se incluyó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) Promedio de estancia en cuidados intensivos y en el hospital (número de días)	Predictores en seguimiento a un año: a) sobrecarga: síntomas de sobrecarga y ansiedad a dos meses post-infarto; b) ansiedad: sintomatología ansiosa en el primer seguimiento; c) depresión: sintomatología depresiva a dos meses y mayor estancia hospitalaria por canalización a servicios de rehabilitación para el paciente; $s^2= 53.3\%$, 44% y 34.1% respectivamente. El grupo experimental presentó mejoras en la comunicación con personal de salud y en la percepción de atención centrada en la familia, así como menor duración de estancia en la UCI (6.7 vs. 7.4 días; IRR=0.90, $p=0.045$) y en el hospital (10.4 vs. 13.5 días; IRR=0.77, $p<0.001$) No se encontraron diferencias significativas en la media de HADS a seis meses de la estancia en cuidados intensivos entre los grupos de comparación.	Subdivisión desigual de pacientes que son canalizados Los participantes solo pertenecen a una región geográfica del país Si bien los participantes se asignaron aleatoriamente a los grupos, estos no fueron equivalentes Las respuestas de las evaluaciones se registraron en expedientes médicos en computadora y se pudieron perder resultados importantes

(Continúa)

Tabla 1. Artículos presentados en la revisión empírica sobre la relación de ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal y la estancia hospitalaria del paciente de Urgencias Médicas (continuación).

Autores	Objetivos	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
			largo plazo ≥ 40% de acuerdo con el médico tratante.			Resultados secundarios no se ajustaron para comparaciones múltiples y presentan posibilidad de cometer error tipo 1
			<i>Criterios de exclusión:</i> pacientes que recibieran tratamiento de tipo paliativo.			

Nota: CPI: Cuidador Primario Informal; HADS: siglas en inglés de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; α : coeficiente de consistencia interna o Alfa de Cronbach; OR: razón de momios; IC: intervalo de confianza; ZBI: siglas en inglés del Inventario de sobrecarga de Zarit; CSI: siglas en inglés del Índice de sobrecarga del cuidador; s^2 : varianza explicada por el modelo; UCI: unidad de cuidados intensivos; IRR: razón de incidencia; p: significancia estadística.

Los hallazgos de la investigación internacional presentados en la tabla anterior señalan que es posible que exista evidencia de relación entre las variables ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador y el tiempo de hospitalización de los pacientes de áreas de Cuidados Críticos, aumentando en promedio 4.8 veces el riesgo de mayor estancia hospitalaria (Belayachi *et al.*, 2014; Bonin-Guillaume *et al.*, 2015), y extendiendo la hospitalización de los pacientes hasta 13.5 días (White *et al.*, 2018).

No obstante, los resultados presentados tienen cierta inconsistencia en cuanto a la prevalencia de la ansiedad, depresión, sobrecarga reportada por los autores, así como, el posible impacto en el tiempo de hospitalización de los usuarios. Estas aparentes discrepancias podrían explicarse por el uso de diferentes instrumentos de medición, los distintos tipos de servicios donde se realizaron las investigaciones y los sesgos de los evaluadores; en este sentido, dichas limitaciones podrían dificultar la generalización de los resultados reportados a nivel internacional. De igual manera, es importante destacar que, de los estudios encontrados hasta el momento, sólo el estudio realizado por Bonin-Guillaume *et al.* (2015) retoma la relación entre estas variables dentro del departamento de Urgencias Médicas como escenario de la investigación.

Lo anterior es relevante ya que el área de Urgencias Médicas en particular presenta condiciones de atención a la salud que distan de las que proporcionan otros servicios de cuidados críticos, sus características son: proporciona un servicio de especialidad que está disponible durante todo el día, prioriza la atención inmediata a casos urgentes para salvaguardar la sobrevivencia de sus pacientes, aunque también presenta ciertas dificultades como que cuenta con áreas comunes de tipo quirúrgico o de observación en la misma habitación, los recursos tecnológicos de apoyo que proporcionan para la realización de

estudios de imagen en ocasiones son insuficientes, presenta poco personal de salud especialista así como deficiencias en recursos materiales en algunos servicios de interconsulta, lo cual genera sobrepoblación de las unidades de urgencias; los tiempos de hospitalización suelen ser breves por la alta demanda de uso de este servicio (Bustos *et al.*, 2015; Hooker, Mallow & Oglesby, 2019).

Debido a lo anterior, el área de urgencias presenta características particulares que deben estudiarse con detalle, si bien actualmente existe un estudio que reporta datos sobre la relación entre el estado emocional del cuidador primario informal y su asociación con el tiempo de estancia hospitalaria del paciente, es importante seguir generando investigación implementada en este departamento que corrobore tendencias de los datos y posibles áreas de oportunidad para el apoyo a esta población.

En este sentido, es importante estudiar las características de las áreas de Urgencias Médicas en México para generar información sensible a las características de nuestra población, caracterizadas por la sobresaturación de estos servicios debido a la deficiencia de infraestructura hospitalaria y la insuficiencia de personal de salud especializado para la demanda de atención de pacientes, todo lo cual genera diversos tipos de problemas como tiempos prolongados de espera para recibir atención, sobrecupo de las áreas de observación, escasa posibilidad de aislamiento de los pacientes o abandono del hospital de los pacientes que muchas veces se retiran sin recibir la atención que requieren (Polanco-González *et al.*, 2013), así como dificultades administrativas que obstaculizan la atención dinámica de esta área y problemas en la comunicación entre las áreas de interconsulta.

Además que muchas veces, el personal de salud está expuesto a condiciones de estrés y fatiga por las amplias jornadas de trabajo a las que son expuestas y la alta demanda de actividades por los tiempos reducidos disponibles para atención de los pacientes (Castañón-González, Barrientos-Fortes & Polanco-González, 2016).

Por lo anterior, resulta relevante plantear la siguiente interrogante: ¿existe relación entre la depresión, ansiedad y sobrecarga del cuidador primario informal y el tiempo de hospitalización de su paciente en el área de Urgencias? Para tratar de dar respuesta a este cuestionamiento, el objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre la ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador primario informal y el tiempo de hospitalización de su paciente en el área de Urgencias.

Método

Participantes

Se evaluó a 100 Cuidadores Primarios Informales de pacientes de urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” que acudieron en el periodo de agosto del 2018 a julio del 2019, los cuales fueron seleccionados por muestreo no probabilístico propositivo.

Criterios de inclusión

- Ser cuidador de un paciente de Urgencias
- Mayoría de edad (>18 años)
- Ser cuidador primario informal

- Que firme el consentimiento informado y concluya la evaluación psicológica.
- Que se tenga algún registro del tiempo de hospitalización de sus pacientes, ya sea en los registros del personal de Trabajo Social, en las bitácoras realizadas por el personal de Enfermería o por el censo diario realizado por la dirección de Urgencias Médicas.

Criterios de exclusión

- Ser cuidador informal secundario, el cual se define como una persona que cuida de manera esporádica al paciente y no es responsable del cuidado del paciente.
- Tener algún problema cognitivo que impida responder evaluaciones de auto reporte, lo cual se corroboró durante la entrevista.
- No concluir los instrumentos de medición psicométrica.
- Expresar no querer participar del estudio.
- No estar disponible durante el horario de evaluación o no encontrarse presente cuando el equipo de evaluadores quiso localizarlo.

Criterios de eliminación

- No tener al menos el 80% de las baterías contestadas
- No tener datos de registro de la estancia hospitalaria del paciente receptor de cuidados

A continuación, este trabajo describe algunas características sociodemográficas de los participantes del estudio, sus niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, el nivel de sobrecarga percibido y el tiempo de hospitalización promedio que los pacientes y cuidadores fueron usuarios del departamento de Urgencias Médicas.

Las características principales de los participantes fueron que el 76% de la muestra está compuesta por mujeres, con un promedio de edad de 47 años (Desviación estándar [D.E.] 11.70), un tercio de la muestra cuenta con educación básica, 46% mencionó estar casado, 65% mencionó profesar la religión católica y 57% mencionó ser originario de la Ciudad de México (CDMX) y 71% reside actualmente en esta entidad federativa, 30% de los cuidadores se dedican al hogar y 25% al comercio; en cuanto a la cohabitación, los participantes del estudio viven con varios parientes dentro de su domicilio, en este caso 76% de la muestra se encuentra viviendo hasta con cinco familiares. *Ver Tabla 2.*

Tabla 2. Características sociodemográficas principales de los participantes del estudio

Variables	<i>n=100</i>
Edad	\bar{X} = 47 años (D.E. 11.70)
Tiempo de hospitalización	\bar{X} =3.79 días (D.E. 3.19)
Horas de cuidado diario	\bar{X} =13.93 horas (D.E. 9.29)
	<i>n (%)</i>
Sexo	
Mujeres	76%
Hombres	24%
Nivel educativo	
Primaria	33%
Secundaria	24%
Bachillerato	20%
Licenciatura	14%
Estado civil	
Casada/o	46%
Soltera/o	28%
Unión libre	18%
Ocupación	
Hogar	30%
Comercio	25%
Religión	
Catolicismo	65%
Sin religión	21%
Cristianismo	10%
Lugar de nacimiento	
Ciudad de México	57%
Estado de México	13%
Lugar de residencia	
Ciudad de México	70%
Estado de México	20%
¿Con quién vive?	
Varios familiares	27%
Pareja e hijos	25%
Hijos	12%
Total de miembros en el domicilio	
2 - 5 personas	73%
Tipo de cuidador informal	
Primario	100%

Diseño de estudio

Se trató de un estudio de tipo no experimental, transversal y de alcance correlacional, se pretendió estudiar la posible relación entre las variables de estudio sin realizar algún tipo de intervención (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2010).

Variables

Sobrecarga en Cuidadores primarios informales:

Definición Conceptual

Este tipo de cuidadores se definen como aquellas personas cercanas al paciente, tales como sus familiares, pareja o amistades, que asumen la mayoría de los cuidados que este requiera y que por lo general no reciben una capacitación formal y remuneración económica por cuidar al paciente (OMS, 2015). Se diferencia con el cuidador secundario informal, pues si bien también realiza tareas de cuidados por el paciente de forma esporádica, no es el responsable principal del apoyo que recibe. Estos cuidadores principales pueden experimentar sobrecarga, la cual se define como la valoración o interpretación que hace el cuidador primario ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades personales con los que éste cuenta y se origina cuando no se observa capaz de afrontarlos. Si la dificultad para proveer cuidado se mantiene, es probable que genere algún tipo de disfunción o deterioro en el cuidador (Burton *et al.*, 2012).

Definición operacional

Se midió con el inventario de sobrecarga del cuidador de Zarit (Galindo *et al.*, 2015) (por sus siglas en inglés, ZBI; ver sección de “*mediciones e instrumentos*”)

Depresión:

Definición conceptual

La depresión es definida como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; puede llegar a hacerse crónico y dificultar la capacidad para afrontar la vida diaria; en su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2017).

Definición operacional

Se midió con una evaluación psicométrica de tamizaje denominada Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (López-Alvarenga *et al.*, 2002) (HADS, por sus siglas en inglés; ver sección de instrumentos de “*mediciones e instrumentos*”).

Ansiedad:

Definición conceptual

La ansiedad se define de acuerdo con el NIMH (2017) como la presencia de preocupaciones exacerbadas hacia diversas situaciones diarias, incluso en presencia de poca

o ninguna razón para inquietarse, esta problemática genera dificultad para regular estas cogniciones negativas e interfiere con la capacidad de los individuos para concentrarse y afrontar la vida cotidiana

Definición operacional

Esta variable se midió con el instrumento de tamizaje Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (López-Alvarenga *et al.*, 2002) (HADS, por sus siglas en inglés; ver sección “*mediciones e instrumentos*”).

Tiempo de hospitalización del paciente de urgencias:

Se refiere al número de días que un paciente es usuario del hospital desde su ingreso al hospital por el área de Urgencias Médicas hasta su alta de este servicio, abarcando todo el tratamiento que requiera hasta ser dado de alta de dicho departamento.

Mediciones e instrumentos

Entrevista de datos sociodemográficos: Es una entrevista de tipo semiestructurada realizada por el personal de Psicología de Urgencias, la cual está compuesta de preguntas relacionadas con los datos personales del cuidador, su condición médica, los cuidados que realiza por el paciente, información sobre su estilo de vida cotidiana y el estilo de vida que tiene desde que la hospitalización se presentó y los tipos de apoyo que el cuidador posee.

Ver Anexo I.

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS): Esta escala fue elaborada por Zigmond y Snaith (1983), es un instrumento de tamizaje que mide síntomas cognitivos y emocionales de la depresión y la ansiedad presentes durante la última semana previa a la evaluación. Es una escala de 14 reactivos, compuesta por dos factores para ambos problemas emocionales, cada uno con siete reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, los reactivos impares se relacionan a la sintomatología ansiosa y los pares corresponden a la sintomatología depresiva. Se realizó la estandarización de esta prueba en pacientes de hospitales generales ingleses. Sus puntos de corte oscilan entre 8 y 10 y tiene una confiabilidad de $r=0.70$ para depresión y $r=0.74$ ($p<0.001$). En el caso de México, fue estandarizada en pacientes con obesidad por López-Alvarenga *et al.* (2002), es una escala de 14 reactivos tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, que van de cero a tres puntos, se conservaron los reactivos y las escalas reportadas por el instrumento original. Este instrumento mide sintomatología depresiva y ansiosa durante la última semana previa a la evaluación; sus puntos de corte son siete y ocho respectivamente ($Kappa=0.73$ y $Kappa=0.68$) En caso de que la suma de los reactivos sea superior a la puntuación establecida, esta medición sugiere la presencia o ausencia de la respectiva sintomatología. Se considera una de las escalas más utilizadas en entornos clínicos enfocada en componentes psicológicos (anhedonia y ansiedad generalizada), de fácil aplicación y bajo costo (Kjaergaard, Arfwedson-Wang, Waterloo & Jorde, 2014).

Escala de sobrecarga del cuidador (por sus siglas en inglés, ZBI): Fue elaborado por Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) para medir sobrecarga en los cuidadores de pacientes geriátricos de enfermedad de Alzheimer, es una escala de 22 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta que se suman para obtener una puntuación única de carga. Evalúa la

carga subjetiva de los cuidadores primarios a partir de los sentimientos que experimentan habitualmente al cuidar de su paciente (Alfaro-Ramírez del Castillo *et al.*, 2008). Consta de tres factores: Impacto del cuidado, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia. En 2014 se validaron las propiedades psicométricas en México en 359 cuidadores primarios de pacientes con cáncer (Galindo *et al.*, 2015), el cual conserva los tres factores del primer estudio, pero se eliminó el reactivo 19. En total contiene 21 reactivos con un puntaje posible de 0 a 84 puntos y con un coeficiente adecuado de consistencia interna ($\alpha=0.90$). Los puntos de corte descritos señalan que de 0 a 28 puntos se considera sobrecarga leve, 29-56 indica sobrecarga moderada, y grave de 57 a 84 puntos. Además, calcula puntos de corte por factores, los cuales son: impacto del cuidado (≥ 23 puntos), relaciones interpersonales (≥ 12 puntos) y expectativas de autoeficacia (≥ 6 puntos) (O. Galindo-Vázquez, comunicación personal, 14 de noviembre del 2018).

Tiempo de hospitalización del paciente: Número de los días que un paciente es usuario de áreas de hospitalización del área de Urgencias Médicas: área de observación o área de choque/reanimación hasta su alta de este servicio, abarcando todo el tratamiento que requiera hasta ser dado de alta de dicho departamento. Esta información se obtuvo mediante la consulta de registros virtuales del departamento de Trabajo Social, los registros de las bitácoras realizadas por el personal de Enfermería o el registro de censo diario de la dirección del área de Urgencias Médicas, en dichas fuentes se captura el número de días que dura la hospitalización del paciente dentro del nosocomio.

Se registraron las horas de cuidado diarias que el Cuidador Primario Informal dedica al paciente, las cuales fueron recopiladas por auto reporte de los participantes del

estudio. Para fines del análisis y presentación de los datos no se considerarán para el análisis del tiempo de hospitalización de los pacientes de Urgencias.

Procedimiento

Este trabajo forma parte de un protocolo de investigación aprobado por el comité de investigación y de ética en la investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, con número de registro 27-152-2017. Las evaluaciones se realizaron en la sala de espera designada para los cuidadores de pacientes de las áreas de observación y choque/reanimación dentro del departamento de Urgencias Médicas. Se aplicaron estos instrumentos mientras los Cuidadores Primarios Informales esperaban los horarios de visita de sus pacientes o los informes del personal de salud. Para asegurar la confiabilidad de la medición, se buscó un espacio dentro de la sala de espera que fuera lo más privado posible y se realizó en formato semiestructurado por evaluadoras psicólogas del servicio, formadas en la Facultad de Psicología de la UNAM, con grado académico de pasantía o licenciatura en Psicología y que recibieron un entrenamiento de 70 horas sobre psicología de la salud, evaluación e intervención psicológica de los pacientes y Cuidadores Primarios Informales en Urgencias Médicas, esta capacitación fue impartida por personal con posgrado en Psicología Clínica y de la Salud.

Para elegir a los participantes del estudio, se establecieron previamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación descritos en la sección *Participantes*. Durante las actividades diarias del servicio de Psicología, los participantes de la investigación eran referidos por los médicos residentes o adscritos de Urgencias dependiendo si ubicaban alguna necesidad en ellos o en los pacientes, de no ser así, se evaluaba a todos los

Cuidadores Primarios Informales disponibles llamándolos de acuerdo a los datos de sus pacientes, esta información fue proporcionada por el censo diario del área de Urgencias Médicas.

En primer lugar, se realizaba una breve plática de “rapport” para generar empatía con los cuidadores, la cual tenía una duración de 5 minutos donde se preguntaba sobre el motivo de ingreso a este departamento, si tenía alguna información sobre el estado de salud del paciente y se realizaban preguntas filtro para indagar si se trataba de un cuidador primario informal.

Se entregó a cada cuidador una hoja de consentimiento informado donde se especificaban sus derechos como participantes de la evaluación: confidencialidad de sus datos, el manejo de los mismos, los objetivos del estudio, la posibilidad de abandonar el estudio si lo deseaba sin represalias ni cambio en la atención prestada. En casos necesarios, se canalizó a los cuidadores a instituciones públicas de apoyo psicológico. Si el paciente brindaba su aprobación al estudio, firmaba en el reverso de la hoja antes descrita.

Se realizó una evaluación de tipo semiestructurada con duración de 40 minutos, la cual aproximadamente se divide en cinco partes: a) datos sociodemográficos del paciente y cuidador, especificando información sobre el tiempo de hospitalización, b) datos del cuidado, c) actividades diarias del cuidador d) Escala de Ansiedad y Depresión en Hospitales (HADS) y e) Escala de Sobrecarga en el Cuidador (ZBI).

A cada cuidador se le solicitaron datos sociodemográficos mediante un cuestionario que recopila información como datos personales, vínculo con su paciente y número de contacto; al igual que información sobre el cuidado del paciente, enfatizando en la

información médica que sabe sobre el paciente y datos sobre la duración de la estancia, si hubo reingresos en el último año y si había cuidado del paciente previamente; después se indagó sobre la salud del cuidador y el tipo de apoyo con el que cuenta durante la hospitalización del paciente. Acto seguido, se realizó la evaluación de depresión y ansiedad, mediante las 14 preguntas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y, por último, se aplicó la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (ZBI). Se brindó una retroalimentación con la interpretación de las calificaciones de los instrumentos psicométricos y la importancia de que los malestares que reportaban fueran registrados para poder brindarles recomendaciones prácticas o mantenerlos en seguimiento en caso de que fuera necesario.

Al final de la valoración psicológica, a cada Cuidador Primario Informal se le proporcionaron algunas sugerencias prácticas de apoyo en sus tareas, dependiendo las necesidades de cada uno; y en caso de que ellos estuvieran de acuerdo, se les enseñaron técnicas de relajación, solución de problemas o de búsqueda de apoyo social de acuerdo a las problemáticas que presentaran. En todos los casos, se les brindaron los datos de contacto del servicio “Psicología de Urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González” en caso de que requirieran apoyo adicional.

Finalmente, se acudió al departamento de Enfermería o Trabajo Social del área de Urgencias Médicas, con previo acuerdo de colaboración con su personal, para supervisar mediante registros de los expedientes de los pacientes, con el fin de capturar datos sobre la estancia hospitalaria y el motivo de egreso de este departamento. Además, se revisaron los registros de censo diario expedidos por el servicio de la dirección de Urgencias Médicas para confirmar los datos recopilados.

Análisis de datos

Con respecto al análisis de la información recopilada de las evaluaciones a los CPI, se realizó una base de datos para realizar distintos análisis estadísticos mediante el uso del software IBM SPSS Statistics versión 21.

Se evaluó la distribución de las variables de estudio mediante un histograma, se calcularon los coeficientes de asimetría, curtosis y la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov.

Se realizó el análisis descriptivo de las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y de dispersión: media y desviación estándar; las variables de tipo categórico se describieron en términos de frecuencia y porcentajes; se realizaron tres gráficos de dispersión de puntos donde se presentan las variables independientes ansiedad, depresión y sobrecarga con la variable dependiente tiempo de hospitalización.

Para estimar la correlación entre las variables “ansiedad”, “depresión”, “sobrecarga del cuidador” y “tiempo de hospitalización”, se aplicó la prueba no paramétrica rho de Spearman, se consideró estadísticamente significativo el valor de rho si $p \leq 0.05$ (Blair & Taylor, 2008; Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2010; Rivera & García, 2012).

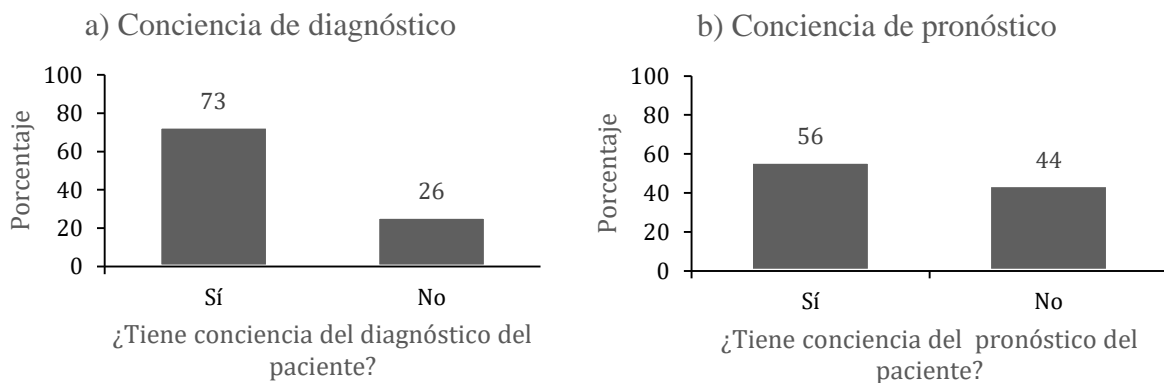
Resultados

Análisis de las variables sociodemográficas

Información médica que reciben los cuidadores

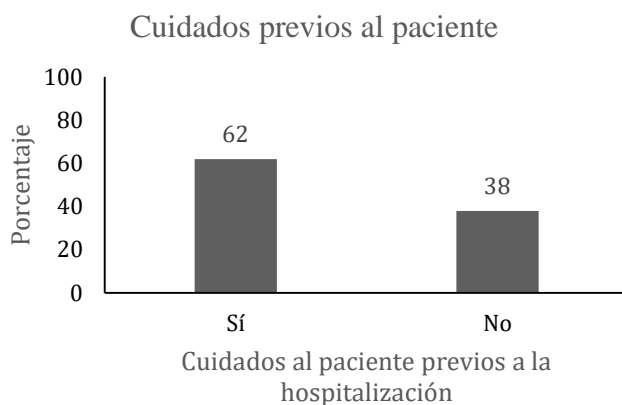
En cuanto a la información que los cuidadores tienen sobre sus pacientes, en la muestra se observa que el 73% de las personas evaluadas conocían el diagnóstico del paciente, mientras que el 26% no conocía esta información al momento de la evaluación (ver Figura 1.a). Sobre la información de un posible pronóstico, el 56% respondió que no les habían dado algún informe sobre la prognosis de sus pacientes (ver Figura 1.b).

Figura 1. Conciencia de a) diagnóstico y b) pronóstico del paciente en los cuidadores primarios informales



Para los antecedentes de salud de los pacientes, se les preguntó a las personas participantes sobre si habían cuidado a sus pacientes previo a la hospitalización actual. El 62% de la muestra refirió haber cuidado previamente a su paciente. Ver Figura 2.

Figura 2. Cuidados brindados por el Cuidador Primario Informal al paciente previo a la hospitalización

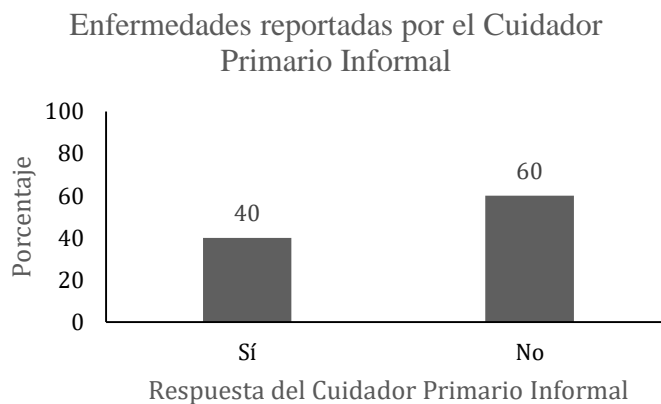


Autocuidado del cuidador primario informal

En cuanto a los padecimientos de salud, el 40% de los participantes reportaron tener una enfermedad mientras se encontraban cuidando del paciente de Urgencias Médicas. Ver

Figura 3.

Figura 3. Porcentaje de presencia de enfermedades reportadas por el cuidador mientras realizaba sus tareas de cuidado al paciente



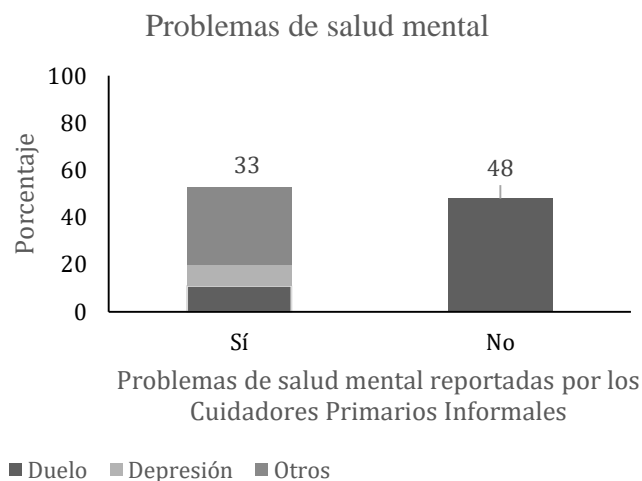
Cuando se indagó sobre el consumo de sustancias, el 34% de la muestra afirmó consumir alguna sustancia. El 26% de la muestra reportó consumir bebidas alcohólicas y el 11% reportó consumir tanto alcohol como tabaco. Ver *Figura 4.*

Figura 4. Consumo de sustancias referido por los Cuidadores Primarios Informales



Cuando se inquirió sobre el aspecto psicológico, el 52% de los cuidadores refirió haber experimentado algún problema relacionado a su salud mental. Los problemas más reportados fueron duelo (11%) y depresión (9%), a comparación de otros problemas con menor frecuencia de ocurrencia. *Ver Figura 5.*

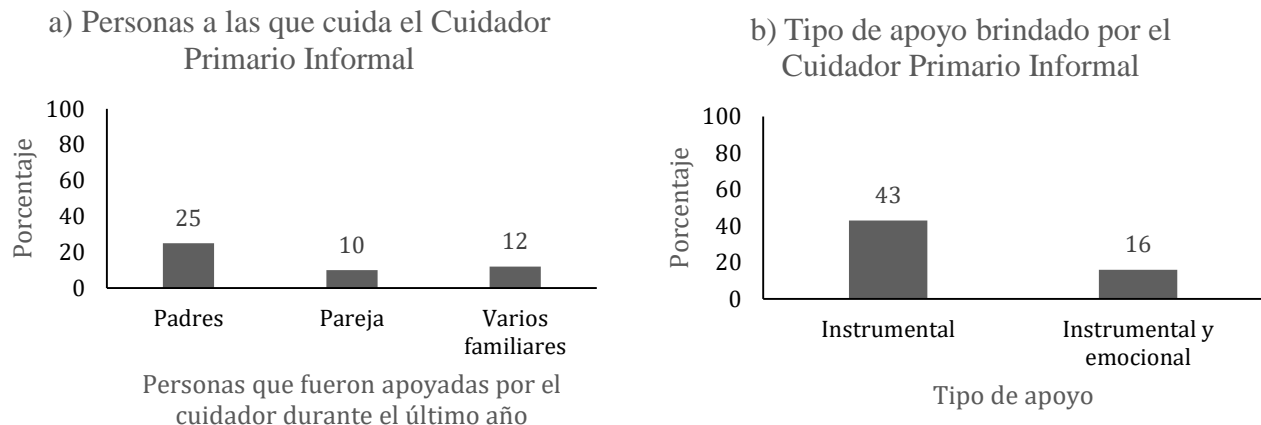
Figura 5. Porcentaje de problemas de salud mental reportados por los cuidadores



En algunos casos, los cuidadores también están a cargo de otros seres queridos además del que se encontraba hospitalizado en nuestra institución sanitaria. Los

entrevistados refirieron que el 25% estaba cuidando a alguno a sus padres, el 10% estaba cuidando de sus parejas y en el caso del 12% de la muestra estaban cuidando a varios familiares de diferente parentesco (*ver Figura 6.a*). De forma general, las principales tareas de cuidado que estas personas realizan son de tipo práctico o instrumental como lo refirió el 46% de la muestra o de tipo instrumental y emocional como lo reportan el 14% de los participantes (*ver Figura 6.b*).

Figura 6. Porcentaje de a) los cuidadores que brindan apoyo a otros familiares que cursan alguna enfermedad además del paciente y b) principales tareas de apoyo.

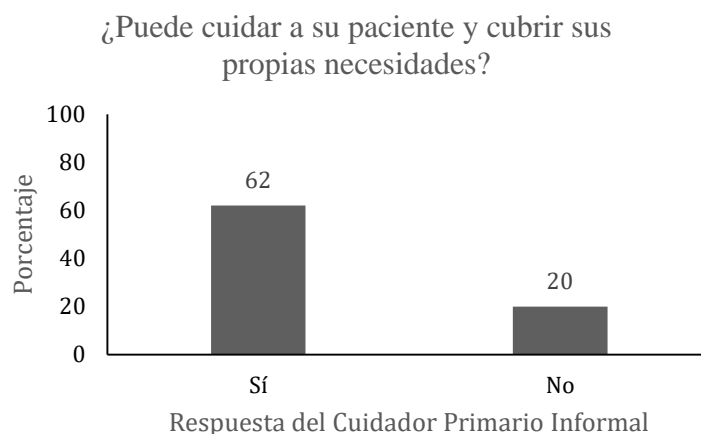


Apoyo al cuidador

En general, el 89% de la muestra es apoyada por sus familiares exclusivamente mientras están encargados del cuidado del paciente de Urgencias, el 57% refieren ser apoyados desde el momento de la hospitalización y el 11% refiere contar con apoyo durante el último año. Las principales tareas de apoyo que realizan por los cuidadores son de tipo instrumental (32%) y apoyo completo, abarcando tareas prácticas, emocionales e informativas (27%). El 62% de los participantes de este estudio refiere poder cubrir sus

necesidades y las de su paciente gracias a estos apoyos de sus redes de apoyo. No obstante, el 20% menciona no poder cubrir ambos roles (ver Figura 7).

Figura 7. Porcentaje de percepción del Cuidador Primario Informal para cuidar de su paciente y además atender sus propias necesidades



Análisis de la distribución de las variables de estudio

Se analizó la distribución de los datos mediante una inspección visual por histograma, se analizó la dispersión de los mismos mediante los coeficientes de asimetría y curtosis; y se realizó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov.

Para las variables ansiedad y depresión medidas a través de HADS, el análisis visual muestra que la distribución de los datos pudiera estar sesgado ligeramente hacia los valores mínimos con énfasis en el factor de ansiedad, no obstante, se mantiene una media y dispersión similar a la curva normal, lo cual podría sugerir una distribución normal. En caso de la sobrecarga medida a través de ZBI, se muestra que para los factores “impacto en el cuidado” y la “sobrecarga global” la distribución de los datos se apega a los valores de la curva normal; no obstante, para los factores “expectativas de autoeficacia” y “relaciones

interpersonales” se muestra un sesgo marcado hacia los valores mínimos, por lo cual se concluye que para estas escalas su distribución es diferente a la distribución normal.

Se aplicó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov, se obtuvo que tanto para las escalas ansiedad y la depresión, como para la mayoría de las escalas de sobrecarga del cuidador, lo cual describe que la distribución de las variables es aproximada a la distribución normal (Ansiedad $Z=1.006$, $p=0.263$; Depresión $Z=1,041$; $p=0.226$; Impacto del cuidado $Z=0.900$; 0.393 ; Expectativas de autoeficacia $Z=1.25$; $p=0.084$; Sobrecarga global $Z=0.704$; $p=0.704$). Para la variable de tiempo de hospitalización y la subescala de relaciones interpersonales del ZBI, se puede concluir que la distribución es diferente a la distribución normal ($Z= 2.053$, $p=0.000436$ y $Z=1.501$, $p=0.022$, respectivamente).

En el caso de los coeficientes de asimetría y curtosis, se observa que para la variable tiempo de hospitalización se encontraron valores de asimetría positivos (4.069) y de curtosis positiva o leptocúrtica ($k=24.46$), por lo cual se concluye que la distribución del tiempo de hospitalización es diferente a la distribución normal; para el caso de las variables ansiedad y depresión, se obtuvieron respectivamente asimetrías positivas (0.357 o 0.354), así como coeficientes de curtosis negativas, pero aproximadas a la distribución normal ($k=-0.521$ y $k=-0.698$, respectivamente). En el caso de la sobrecarga, tanto la sobrecarga general como los factores de impacto del cuidado y expectativas de autoeficacia tienen asimetría y curtosis positivas (asimetría=0.694, 0.732 y 0.359; $k= 0.801$, 0.154 y 0.312, respectivamente). Cabe señalar, que para la subescala relaciones interpersonales, se muestra una asimetría y curtosis positivas ($k=1.374$ y $k=3.270$ respectivamente), lo cual podría señalar que la distribución de los datos es diferente a la distribución normal.

Con base en las pruebas antes mencionadas, se puede asumir que algunas variables no cumplieron con el supuesto de normalidad por lo que se analizarán usando la prueba estadística no paramétrica correlación de Spearman (ρ).

Análisis de las variables cuantitativas

En cuanto a la estancia hospitalaria de los pacientes, los cuidadores de esta investigación estuvieron a cargo de sus pacientes en promedio 13.93 horas (D.E. 9.29), durante el promedio de cuatro días que los pacientes estuvieron internados en este departamento ($\bar{X}=3.79$, DE=3.19)

Con respecto a las puntuaciones en los instrumentos de auto reporte, en la escala HADS, se obtuvo un promedio de nueve puntos para ansiedad ($\bar{X}=9.15$; D.E.=4.65), este valor supera al punto de corte (≥ 8 puntos) y podría indicar la presencia de sintomatología ansiosa. En caso de la sintomatología depresiva, se obtuvo un promedio de siete puntos ($\bar{X}=7.18$; D.E.=4.22), en el cual es el punto de corte (≥ 7 puntos) para esta escala lo cual sugiere la presencia de síntomas relacionados a anhedonia.

En cuanto a la sobrecarga global, se obtuvo una puntuación promedio de 22 puntos ($\bar{X}=21.72$; D.E.=11.89), el cual se relaciona a una sobrecarga mínima (0-28 puntos). Para la evaluación de sobrecarga usando ZBI, el factor “impacto del cuidado” se obtuvo una puntuación media de trece puntos ($\bar{X}=12.93$; D.E.=8.82), lo cual es menor al punto de corte (≥ 23 puntos); para la escala “relación interpersonal” se obtuvo un puntaje promedio de tres puntos ($\bar{X}= 3.04$; D.E.=2.89), lo cual está por debajo del punto de corte; para la escala “expectativas de autoeficacia” se obtuvo como puntuación media seis puntos ($\bar{X}=5.73$;

D.E.=3.14), el cual es ligeramente menor al punto de corte pero podría indicar que en algunos cuidadores es un factor relacionado a la sensación de sobrecarga.

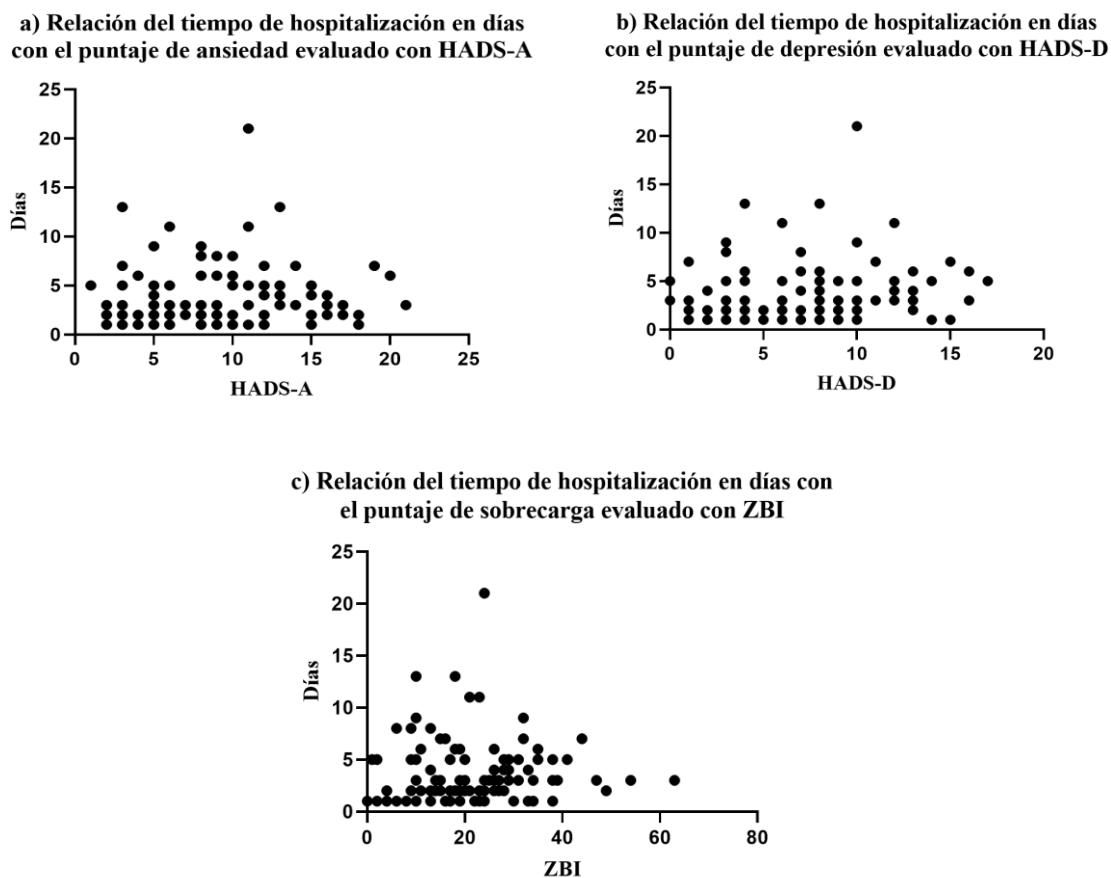
Tabla 3. Porcentajes de presencia y ausencia de sintomatología ansiosa, depresiva y sobrecarga en los cuidadores primarios informales

Variable	Presencia	Ausencia
HADS-A	61%	39%
HADS-D	54%	46%
<i>Impacto del cuidado</i>	14%	84%
<i>Relaciones interpersonales</i>	2%	98%
ZBI		
<i>Expectativas de autoeficacia</i>	53%	47%
Sobrecarga Global	75% (leve)	
	15% (moderado)	

El análisis de correlación se evaluó mediante el cálculo de rho de Spearman entre las variables de exposición: ansiedad y depresión y sobrecarga con la variable de resultado “tiempo de hospitalización”.

Para la variable tiempo de hospitalización, se identificó una correlación positiva débil y no estadísticamente significativa con la sintomatología ansiosa reportada ($r=0.103$, $p=0.30$) (*ver figura 8.a*), una correlación positiva débil y no estadísticamente significativa con los síntomas depresivos ($r=0.149$, $p=0.138$) (*ver figura 8.b*), de igual modo, se encontró una correlación positiva débil y no estadísticamente significativa con la percepción de sobrecarga obtenida ($r=0.082$, $p=0.417$) (*ver figura 8.c*)

Figura 8. Relación con el tiempo de hospitalización de los pacientes de Urgencias y la a) ansiedad, b) depresión y c) sobrecarga en el cuidador primario informal.



Se identificó una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva ($r=0.708$, $p=0.001$); así como una correlación positiva, débil pero estadísticamente significativa entre la presencia de sintomatología ansiosa y la sobrecarga del cuidador ($r=0.358$, $p=0.000253$), así como para las subescalas: impacto del cuidado ($r=0.362$, $p=0.000213$) y expectativas de autoeficacia ($r=0.272$, $p=0.006$).

Para la sintomatología depresiva, además de la correlación con la sintomatología de ansiedad descrita anteriormente se encontró una correlación positiva débil pero estadísticamente significativa entre la sobrecarga global ($r=0.373$, $p=0.000130$), así como

en las escalas: impacto del cuidado y expectativas de autoeficacia ($r=0.324$, $p=0.001$; y $r=0.339$, $p=0.001$, respectivamente)

Tabla 4. Correlaciones de Spearman para las variables ansiedad, depresión y sobrecarga en los cuidadores primarios informales.

Variablen	Ansiedad (HADS-A)	Depresión (HADS-D)	Sobrecarga (ZBI)	Tiempo de hospitalización
Ansiedad (HADS-A)	-	0.708** (0.595-0.794) 0.001	0.358** (0.174-0.517) 0.000253	0.103 (-0.095-0.293) 0.30
Depresión (HADS-D)	0.708** ₁ (0.595-0.794) ₂ 0.001	-	0.373** (0.191-0.53) 0.000130	0.149 0.138 (-0.048-0.335)
Sobrecarga (ZBI)	0.358** (0.174-0.517) 0.000253	0.373** (0.191-0.53) 0.000130	-	0.082 (-0.116-0.274) 0.417
Tiempo de hospitalización	0.103 (-0.095-0.293) 0.30	0.149 0.13 (-0.048-0.335)	0.082 (-0.116-0.274) 0.417	-

₁Se calculó la significancia estadística al nivel $**p<0.01$ y considerando una distribución bilateral. de los datos. ₂ Los valores entre paréntesis son los intervalos de confianza (IC) calculados al 95%

Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre la ansiedad, depresión, sobrecarga del cuidador primario informal y el tiempo de hospitalización de su paciente en el área de Urgencias. Como objetivos específicos, este trabajo pretendió describir las características de la muestra de estudio, sus niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, el nivel de sobrecarga percibido y el tiempo de hospitalización promedio que los pacientes y cuidadores fueron usuarios del departamento de Urgencias Médicas.

En primer lugar, con referencia a la estancia hospitalaria, se identificaron periodos de hospitalización mucho mayores ($\bar{X}=3.79$ días) que los índices reportados a nivel

internacional para los departamentos de Urgencias, los cuales refieren que los pacientes pasan un periodo de dos a cuatro horas como media dentro de estos servicios (CDC, 2015), lo cual podría explicarse por los tiempos prolongados de atención que los pacientes llegan a pasar en hospitales de nuestro país relacionados al sobrecupo de las áreas de Urgencias (Castañón-González *et al.*, 2016; Polanco-González *et al.*, 2013). Como resultado principal, la presente investigación identificó correlaciones positivas muy débiles y no estadísticamente significativas entre las variables de estudio ansiedad, depresión y sobrecarga en contraste con el tiempo de hospitalización de los pacientes, lo cual indica que las problemáticas de tipo emocional presentes en los Cuidadores Primarios Informales se relacionan de forma discreta con el tiempo estancias dentro del hospital. Los hallazgos reportados en el presente trabajo no corresponden con la evidencia científica relacionada a este tema. Por ejemplo, algunas investigaciones analítico-observacionales, en la que mencionan que la sobrecarga del cuidador y la presencia de ansiedad y depresión se asocian con estancias prolongadas en áreas de cuidados críticos (Belayachi *et al.*, 2014; Bonin-Guillaume *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2014; Kruithof *et al.*, 2016). Hallazgos similares se identificaron en pacientes de hospitales de tercer nivel, donde analizaron las características de los pacientes con estancias prolongadas intrahospitalarias, encontrando que un factor asociado fue el estrés del cuidador, considerando que padecer este malestar incrementa hasta cuatro veces la probabilidad de pasar más tiempo internado en el hospital (Toh, Lim, Yap & Tang, 2017), una posible explicación es que las problemáticas emocionales que los cuidadores perciben no sean reportadas por discapacidad social (Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019), pues en las interacciones que los evaluadores tuvieron con los CPI se refería que se estos últimos se encontraban angustiados ante el estado de salud del paciente pero tratando de mostrar que no les afectaba de manera importante o que contaban

con los recursos para afrontar la situación, no obstante, es importante mantener las evaluaciones psicológicas a pacientes o cuidadores como parte de la práctica diaria del servicio de Urgencias para identificar, prevenir o regular las alteraciones emocionales o comportamentales que esta hospitalización pueda generarles.

Algunas razones que podrían influir en estas estancias hospitalarias prolongadas además de la gravedad de los pacientes son el tiempo que tomó realizar el tratamiento que cada paciente requería y que en ocasiones no reflejaba un estado de gravedad o mal pronóstico tal cual, además de la alta demanda de atención que recae en este departamento y las dificultades administrativas o de recursos materiales y humanos que esto involucra (Castañón-González *et al.*, 2016; Polanco-González *et al.*, 2013). Como puede observarse, aunque los hallazgos de esta investigación no sean congruentes con la literatura sobre estancias hospitalarias prolongadas y su relación con la salud mental del Cuidador Primario Informal, es importante considerar la relación entre dichas variables por su impacto en el pronóstico de los pacientes de Urgencias así como asegurar el bienestar de las personas que los cuidan, pero es necesario confirmar los hallazgos encontrados hasta el momento en futuras investigaciones, una propuesta sería ampliar el tamaño de la muestra para obtener resultados más confiables o el uso de estadística multivariada, dicha labor se encuentra en curso.

Con respecto a la asociación entre las variables de tipo psicológico, se obtuvieron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre las variables de ansiedad, depresión y sobrecarga; lo cual podría indicar que el aumento de estos malestares emocionales parece impactar de forma directamente proporcional en la percepción de la experiencia de cuidado. Estos resultados están en sintonía con la evidencia científica reciente del tema, como lo refiere una investigación transversal donde se identificaron

correlaciones positivas moderadas y estadísticamente significativas entre estas variables, los autores resaltan que es necesario tomar en cuenta estas variables porque pueden considerarse predictores de resultados adversos a nivel físico y emocional (Efi *et al.*, 2017; Hu *et al.*, 2018; Karabekiroğlu, Demir, Aker, Kocamanoğlu & Karabulut, 2018; Saria *et al.*, 2017; Van Wijnen, Rasquin, Van Heugten, Verbunt & Moulaert, 2017). En la presente investigación se encontró que la hospitalización impacta en la capacidad de los individuos para afrontar la vida diaria, así como atender las nuevas demandas de cuidado que cada paciente requiere, esto se pudo constatar durante las entrevistas clínicas en las que los participantes refieren preocupaciones similares que conviene intervenir de forma oportuna para modificar el pronóstico de los cuidadores y sus pacientes. En este sentido, una investigación longitudinal realizada en hospitales generales holandeses identificó que estas variables se encuentran relacionadas entre sí y enfatizan su influencia en el pronóstico de salud mental del cuidador a largo plazo (Kruithof *et al.*, 2016).

Como resultados secundarios, se identificaron las frecuencias de estos problemas emocionales en la muestra de cuidadores primarios informales. Para el caso de la ansiedad se identificó en un 61% de la muestra la presencia de esta sintomatología por encima del punto de corte. Se encuentran hallazgos congruentes en otros contextos, tal es el caso de una investigación transversal realizada en unidades de cuidados intensivos de Marruecos, la cual reportó problemáticas similares, pero de menor proporción (HADS-A=55.6%) (Belayachi *et al.*, 2014). Además, una investigación asiática reportó una prevalencia ligeramente menor de sintomatología ansiosa (43.9%) y un promedio de horas de cuidado similares a las reportadas en este estudio (\bar{X} =13 horas diarias), este último aspecto se consideró como un predictor para la aparición de problemas emocionales (Hu *et al.*, 2018).

La discrepancia identificada en los niveles de estrés podría explicarse a partir de las características del departamento de Urgencias Médicas que difieren de otros servicios de cuidados críticos, en el caso de primer servicio todos los pacientes comparten una sala de hospitalización en común, lo cual dificulta el aislamiento y privacidad de los pacientes; así como contar con tiempos de visita breves para acompañar a sus pacientes durante el tiempo de estancia hospitalaria, que en nuestro contexto es mayor al reportado en otros países (Bustos *et al.*, 2015; Hooker, Mallow & Oglesby, 2015). Por último, se reportan porcentajes marcadamente menores a los descritos en hospitales generales para sobrevivientes de infartos y durante un periodo de seguimiento (\bar{x} = 32% a dos meses y 19.2% a un año). Si bien da la impresión que esta problemática puede disminuir con el tiempo, en algunos casos puede permanecer de forma constante en las personas que cuidan (Kruithof *et al.*, 2016; van Beusekom *et al.*, 2016).

Para la depresión, el 54% de los participantes de este estudio mostraron niveles de depresión superiores al punto de corte indicado para este instrumento psicométrico, lo cual puede indicar una presencia significativa de síntomas relacionados a anhedonia. Estos datos son consistentes a los resultados encontrados en unidades de cuidados intensivos de neurología, donde identificaron que la mitad de la muestra presenta estas problemáticas y puede influir de forma importante en la calidad de vida de los cuidadores (Shaffer *et al.*, 2016). Hallazgos parecidos fueron referidos por Belayachi *et al.* (2014), quienes mencionan que el 41.1% de los cuidadores del área de cuidados críticos presentaron sintomatología depresiva y que la estancia hospitalaria es un factor de riesgo para el desarrollo de este problema. Además, Chung *et al.* (2010) reportan que en una muestra de cuidadores de pacientes con falla cardíaca se encontraron niveles de depresión moderada en un rango de 23% a 47%. Estas prevalencias resultan relevantes si se contrastan con la prevalencia

internacional de trastorno depresivo mayor en el CPI (7.1%) (Koyanagi *et al.*, 2018), que podría indicar que encontrarse en áreas de medicina de emergencias puede resultar un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas psiquiátricos posteriores. Aunado a esto, esta sintomatología puede mantenerse con el tiempo como lo reportan grupos de investigadores como Van-Beusekom *et al.* (2016) quienes mencionan en una revisión narrativa que los cuidadores de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas pueden presentar síntomas de depresión hasta por seis meses; o el grupo de Kruithof (2016), quienes encontraron que el 13% de los participantes mantiene estos síntomas hasta por un año. Para el caso de los pacientes de Urgencias estudiados por esta investigación, los síntomas de ansiedad y depresión parece que se encuentran estrechamente vinculados como lo muestran las correlaciones encontradas por esta tesis, es importante tener precaución con estos malestares pues podrían contribuir al mantenimiento del problema a largo plazo.

En el caso de la percepción de sobrecarga, se encontró que el 15% de la muestra presenta niveles bajos de sintomatología relacionados a su experiencia en el cuidado del paciente, esta problemática podría estar subestimada considerando los índices obtenidos en otros contextos. Por ejemplo, un estudio de pacientes sobrevivientes de falla cardíaca señala que el 13% de sus cuidadores presentó niveles bajos de sobrecarga y el 87% presentó niveles elevados (Hu *et al.*, 2016). Además, un estudio multicéntrico de 58 países reportó diferencias significativas en presencia de sobrecarga entre cuidadores y no cuidadores (Koyanagi *et al.*, 2018). Por último, Lynch, Shuster & Lobo (2018), identificaron prevalencias de 71% de niveles altos de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, estos autores mencionan que no sólo es importante la duración del tiempo de cuidados, también es importante la intensidad de cuidados que proporcionen, este

aspecto podría observarse en los cuidadores de pacientes de Urgencias que durante el tiempo de estancia hospitalaria pasan todo el tiempo al pendiente de las necesidades de sus pacientes e interfiriendo con sus actividades de la vida diaria, así como encontrándose expuestos a jornadas de cuidado intensas y a situaciones estresantes relacionadas con la atención en este servicio. Algunas consideraciones que podrían explicar esta diferencia en los datos reportados para la sobrecarga podrían deberse a las particularidades culturales de la población mexicana. Tal como lo refieren algunos autores quienes resaltan la importancia de la familia para esta sociedad, así como la influencia de esquemas culturales de aprehensión, sacrificio y abnegación, los cuales podrían influir en la percepción de este malestar y la posibilidad de responder siguiendo la deseabilidad social y los guiones culturales que se esperan sobre su rol de cuidado (Domínguez-Guedea & Díaz-Loving, 2015). Por un lado, podría funcionar como una estrategia de afrontamiento para dar valencia positiva a situaciones adversas, pero es importante analizar cuando estas creencias podrían favorecer respuestas evitativas a necesidades emocionales y que no se conduzcan a conductas adaptativas, como la solución de problemas o búsqueda de apoyo social (Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019).

Las características sociodemográficas de los cuidadores corresponden con las reportados en la literatura internacional sobre el tema, como lo muestran algunas investigaciones en las que refieren que las personas que cuidan a sus pacientes que cursan con alguna enfermedad principalmente son mujeres, que se encuentran en la adultez media, cuentan únicamente con educación básica y se dedican al cuidado de su paciente en tiempo completo, son desempleadas o tienen empleos informales (Alfaro-Ramírez del Castillo *et al.* 2008; Bonin-Guillaume *et al.*, 2015; Forster *et al.*, 2013; Hu *et al.*, 2016; Lynch,

Shuster & Lobo, 2017; National Alliance for Caregiving, 2015; Vázquez *et al.*, 2014).

Estas características son relevantes dadas las características de la cultura mexicana, donde se inculca que la mujer aparentemente es la más apta para el cuidado de la familia (DiGilaromo & Salgado de Snyder, 2008; Domínguez-Guedea & Díaz-Loving, 2016), no obstante, no cuentan con una educación formal especializada para la atención a pacientes ni reciben remuneración económica por el apoyo que brindan.

Sobre las tareas de cuidado que realizan, esta investigación reportó que la mayor parte de los cuidadores tenía información sobre el diagnóstico de sus pacientes, pero en el caso del pronóstico, la mitad de los cuidadores no contaba con esta información. Se considera que esta información es relevante porque podría generar incertidumbre contar con necesidades de información para tomar decisiones tal como lo reporta el grupo de investigación PARTNER, indica que el tener una adecuada comunicación con el equipo de profesionales de la salud puede impactar en la percepción de satisfacción con el servicio (White *et al.*, 2018), identificar esta cualidad en la comunicación con el personal de salud podría corroborarse en futuras investigaciones con el fin de observar si está relacionado con una mejor adaptación al evento estresante.

En cuanto al autocuidado que los Cuidadores Primarios Informales realizan, el 40% de los participantes mencionó que padecía una enfermedad mientras que atendía a su paciente, además de casi un tercio consume alcohol o tabaco y casi la mitad reportaron malestares de tipo psicológico. Es importante identificar estas características en los cuidadores porque pueden estar expuestos a experiencias negativas que a largo plazo puedan desencadenar consecuencias como problemas físicos o emocionales, dificultades en su vida cotidiana, problemas laborales, económicos, entre otros. Al respecto, distintos

autores describen que los cuidadores pueden presentar repercusiones de tipo biológicas, psicológicas o sociales (Burton *et al.*, 2012; Hu *et al.*, 2016; Koyanagi *et al.*, 2018; Van Beusekom *et al.*, 2015), los cuales pueden observarse en los datos recopilados por este trabajo empírico, como enfermedades comórbidas y malestares psicológicos que pueden vislumbrarse en las variables reportadas, que podrían generar distintas repercusiones en el cuidador o incluso alterar el pronóstico del paciente, por tanto, realizar evaluaciones oportunas es una iniciativa importante para poder atender el problema a tiempo (National Alliance for Caregiving, 2015).

Si bien, se tomaron las precauciones pertinentes durante la elaboración de esta investigación, se identifican algunas limitaciones que es preciso señalar (Hernández Sampieri *et al.*, 2010; Sánchez-Sosa, 2003): tales como el alcance del diseño del estudio, de tipo transversal correlacional, que si bien trata de establecer una correlación estadística entre las variables de interés no puede inferirse una relación de causalidad entre ellas, una propuesta para resolver este escollo sería replicar este estudio ahora con una muestra más amplia y utilizando modelos multivariados para comprender de manera más completa las relaciones entre estas variables, dicha labor se encuentra en curso. Por otra parte, estudiar este fenómeno desde una perspectiva mixta podría brindar información objetiva y subjetiva sobre la experiencia de ser Cuidador Primario y tener un abordaje más completo sobre las problemáticas que atraviesan (Hernández-Sampieri *et al.*, 2010).

Otra limitación es el uso de instrumentos de auto reporte, que pudieran estar influidos por la deseabilidad social y las creencias culturales relacionadas a la experiencia de ser cuidador, este aspecto podría expresarse cuando los cuidadores responden siguiendo lo que los demás esperan de ellos (Domínguez-Guedea & Díaz-Loving, 2015; Toledano-

Toledano & Domínguez-Guedea, 2019), además que las respuestas reportadas por los cuidadores pueden no ser precisas por la relatividad de estimaciones o juicios al relatar experiencias que acontecieron en el pasado, por ejemplo, los cuidadores puede ser que no hagan estimaciones precisas sobre el tiempo que llevan cuidando o puede que subestimen las actividades que han realizado o el apoyo que reciben de otros seres queridos.

También puede considerarse una limitación la sensibilidad de los instrumentos, esto se debe a la falta de evaluaciones psicométricas con estandarización específica a los cuidadores de pacientes del área de Urgencias Médicas, si bien se buscó utilizar instrumentos adaptadas para el contexto hospitalario, podrían existir diferencias conceptuales que afecten la validez de las mediciones. También, puesto que los cuidadores pueden pasar jornadas amplias de tiempo al pendiente de su paciente hospitalizado a veces sin descansar o alimentarse, los participantes podrían responder de forma inapropiada por la fatiga o la falta de energía (Sánchez-Sosa, 2003).

Por otro lado, se identifican algunas limitaciones relacionadas al personal de salud del área de Urgencias Médicas: en primer lugar, los registros de tiempo de hospitalización en ocasiones no fueron debidamente completados por el personal de salud, algunas causas relacionadas podrían ser la poca disponibilidad de tiempo con el que cuentan para realizar estos registros y las dificultades administrativas que pueden llevar a los pacientes a egresar del hospital sin concluir los trámites necesarios para su alta (Polanco-González *et al.*, 2013). Por último, la elección de las personas participantes de la investigación pudo verse influida por algún sesgo de selección pues muchos cuidadores fueron referidos por el personal médico porque a su juicio estos familiares fueron expuestos a malas noticias relacionadas a la salud o por aparentemente tener respuestas emocionales exacerbadas

durante la estancia hospitalaria y quizá se dio preferencia a aquellos cuidadores que desplegaron conductas de búsqueda de apoyo (Sánchez-Sosa, 2003). Dadas las características de los pacientes de Urgencias y el posible efecto del sesgo antes mencionado, se considera que la muestra podría ser no representativa de otras unidades de Urgencias y los resultados deben considerarse con reservas.

Aún con estas limitaciones, este estudio muestra algunas bondades relevantes como fueron: el uso de una batería exclusiva para la evaluación al cuidador primario informal, que busca medir algunas de las características psicológicas más relevantes descritas por la literatura internacional y la viabilidad e importancia de contar con una clínica de psicología de Urgencias para el apoyo al cuidador primario informal.

Además, resulta un estudio novedoso en cuanto a correlacionar las variables psicológicas con los índices de estancia hospitalaria dentro del departamento de Urgencias Médicas. Por último, se considera una oportunidad donde se buscó la cooperación multidisciplinaria en el seguimiento a los pacientes, pues la comunicación y coordinación entre el equipo médico, el personal de psicología y la contribución del servicio de enfermería y trabajo social posibilitó poder llevar registro de la salud tanto del paciente como del bienestar de sus cuidadores. Como resultado, se presentó una experiencia donde el personal de Psicología puede apoyar al monitoreo y seguimiento integral de la diada paciente-cuidador primario informal.

Finalmente, este trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar si hay relación entre la ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador con la estancia hospitalaria del paciente de Urgencias. Como resultado, se identificó que las problemáticas emocionales

posiblemente se encuentran relacionadas entre sí, de forma que, a mayor sintomatología ansiosa, depresiva o de sobrecarga, las demás problemáticas podrían presentarse de forma directamente proporcional. Es importante generar más evidencia para identificar la relación con el tiempo de hospitalización del paciente a fin de poder identificar si el estado emocional de cuidador puede influir en el pronóstico del paciente de Urgencias Médicas.

Referencias

- Alfaro-Ramírez del Castillo, O. I., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., Guevara-López, U. (2008) Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (5), Instituto Mexicano del Seguro Social, México pp. 485-494
- Alpuche, V.J., Ramos, B., Rojas, M. E., Figueroa, C.J. (2008) Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18 (002), Universidad Veracruzana Xalapa, México pp. 237-245
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Belayachi, J., Himmich, S., Madani, N., Abidi, K., Dendane, T., Zeggwagh, A. A., & Abouqal, R. (2014). Psychological burden in inpatient relatives: the forgotten side of medical management. *QJM*, 107(2), 115-122. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct210>
- Blair, C. R., & Taylor, R. A. (2008). *Bioestadística*. México: Pearson Educación.
- Bonin-Guillaume, S., Durand, A.-C., Yahi, F., Curiel-Berruyer, M., Lacroix, O., Cretel, E., ... Gentile, S. (2015). Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults after an ED visit: role of the caregiver burden. *Aging Clinical and Experimental Research*, 27(6), 883-891. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0347-y>

- Burton, M., Sautler, M., Tulskey, A., Hoff L., Hays, C., Olsen, R., Steinhauser E. (2012). Burden al well-being among a diverse sample of cancer, congestive heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(3), 410-419.
- Bustos, Y., Castro, J., Wen, L. S., Sullivan, A. F., Chen, D. K., & Camargo, C. A. (2015). Emergency department characteristics and capabilities in Bogotá, Colombia. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1).
<https://doi.org/10.1186/s12245-015-0079-y>
- Castañón-González, J. A., Barrientos-Fortes, T., & Polanco-González, C. (2016). Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(3), 376-379. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745710016>
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2015 Emergency Department Summary Tables. Recuperada en https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web_tables/2015_ed_web
- Chung, M. L., Pressler, S. J., Dunbar, S. B., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2010). Predictors of Depressive Symptoms in Caregivers of Patients With Heart Failure: *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(5), 411-419.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181d2a58d>
- Clarksmith, D. E., Pattison, H. M., Khaing, P. H., & Lane, D. A. (2017). Educational and behavioural interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial

fibrillation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008600.pub3>

Costa, A. P., Hirdes, J. P., Heckman, G. A., Dey, A. B., Jonsson, P. V., Lakhan, P., ...

Gray, L. C. (2014). Geriatric Syndromes Predict Postdischarge Outcomes Among Older Emergency Department Patients: Findings From the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Academic Emergency Medicine*, 21(4), 422-433.

<https://doi.org/10.1111/acem.12353>

Dark, T., Flynn, H. A., Rust, G., Kinsell, H., & Harman, J. S. (2017). Epidemiology of

Emergency Department Visits for Anxiety in the United States: 2009–2011.

Psychiatric Services, 68(3), 238-244. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600148>

Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142-

143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>

DiGirolamo A.M., Salgado de Snyder V.N. (2008) Women as primary caregivers in

Mexico: challenges to well-being. *Salud Publica Mex*; 50: 516-522.

Domínguez-Guedea, M. T., & Díaz-Loving, R. (2015). Escala de abnegación en cuidadores

familiares de adultos mayores. *Anales de Psicología*, 32(1), 224.

<https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.190411>

Efi, P., Fani, K., Eleni, T., Stylianos, K., Vassilios, K., Konstantinos, B., ... Kyriaki, M.

(2017). Quality of Life and Psychological Distress of Caregivers' of Stroke People.

Acta Neurologica Taiwanica, 26(4), 154-166.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, *196*(4286), 129-136.
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2017). From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *86*(5), 257-259. <https://doi.org/10.1159/000478808>
- Forster, A., Dickerson, J., Young, J., Patel, A., Kalra, L., Nixon, J., ... Farrin, A. (2013). A structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (TRACS): a cluster randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *The Lancet*, *382*(9910), 2069-2076. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61603-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61603-7)
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Rich, M. W., Steinmeyer, B. C., & Rubin, E. H. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, *175*(11), 1773. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5220>
- Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses-Garcia, A., ... Alvarado-Aguilar, S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients: Zarit Burden Interview (ZBI) in Mexican primary caregivers. *Psycho-Oncology*, *24*(5), 612-615. <https://doi.org/10.1002/pon.3686>
- Goldbeck, L., Fidika, A., Herle, M., & Quittner, A. L. (2014). Psychological interventions for individuals with cystic fibrosis and their families. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003148.pub3>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed). México, D.F: McGraw-Hill.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, *64*(2), 206-221.
- Hooker, E. A., Mallow, P. J., & Oglesby, M. M. (2019). Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010–2014). *The Journal of Emergency Medicine*, *56*(3), 344-351.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.12.025>
- Hu, X., Dolansky, M. A., Hu, X., Zhang, F., & Qu, M. (2016). Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China: Factors associated with caregiver burden. *Nursing & Health Sciences*, *18*(1), 105-112. <https://doi.org/10.1111/nhs.12253>
- Hu, X., Dolansky, M. A., Su, Y., Hu, X., Qu, M., & Zhou, L. (2016). Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, *62*, 11-21.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.006>
- Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients: *Medicine*, *97*(40), e12638. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012638>

Karabekiroğlu, A., Demir, E., Aker, S., Kocamanoğlu, B., & Karabulut, G. (2018).

Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer patients. *Singapore Medical Journal*, 572-577.

<https://doi.org/10.11622/smedj.2018066>

Kjaergaard, M., Arfwedson Wang, C. E., Waterloo, K., & Jorde, R. (2014). A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 83–89. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/sjop.12090>

Koyanagi, A., DeVlyder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., & Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>

Kruithof, W. J., Post, M. W. M., van Mierlo, M. L., van den Bos, G. A. M., de Man-van Ginkel, J. M., & Visser-Meily, J. M. A. (2016). Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: Determinants and prediction. *Patient Education and Counseling*, 99(10), 1632-1640. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.007>

La Investigación en Psicología Clínica: Algunos Lineamientos Lógicos de Decisión y Metodología. Fascículo. J. J. Sánchez Sosa (2003).

- Landa-Ramírez, E. y Cruz-Murillo, J. L. (2019) The need to introduce a Psychological Program into Emergency Medicine: early experiences in the field. *Revista de educación e investigación en EMERGENCIAS*, 1(3), 1-6. DOI: 10.24875/REIE.19000025
- Lane, D. A., Millane, T. A., & Lip, G. Y. (2013). Psychological interventions for depression in adolescent and adult congenital heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(10), CD004372. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004372.pub2>
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13-22.
- Law, E., Fisher, E., Eccleston, C., & Palermo, T. M. (2019). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009660.pub4>
- López-Alvarenga, J.C.; Vázquez-Velázquez, V.; Arcila-Martínez, D.; Sierra-Ovando, A.E.; González-Barranco, J; Salín-Pascual, R. J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de investigación clínica*, 54, 5. P. 403-409
- Lubek, I., Ghabrial, M., Ennis, N., Crann, S., Jenkins, A., Green, M., ... Barata, P. (2018). Notes on the development of health psychology and behavioral medicine in the United States. *Journal of Health Psychology*, 23(3), 492-505. <https://doi.org/10.1177/1359105318755156>

- Lynch, S. H., Shuster, G., & Lobo, M. L. (2018). The family caregiver experience – examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1424-1431. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364344>
- Magidson, J. F., & Weisberg, R. B. (2014). Implementing Cognitive Behavioral Therapy in Specialty Medical Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 367-371. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.08.003>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- McHugh, M., Tanabe, P., McClelland, M., & Khare, R. K. (2012). More Patients Are Triage Using the Emergency Severity Index Than Any Other Triage Acuity System in the United States: TRIAGE SYSTEMS IN THE UNITED STATES. *Academic Emergency Medicine*, 19(1), 106-109. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01240.x>
- Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A., Méndez Venega, J., & Mora Magaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1). https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918
- National Alliance for Caregiving (2015). *Executive summary: Caregiving in the U.S. 2015*. Recuperado en <https://www.caregiving.org/caregiving2015/>

National Health Services (2018). *NHS Key Statistics: England, May 2018*. Recuperado de <https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7281>

National Institute of Mental Health. (2009). *Depresión*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>

Newham, J., Presseau, J., Heslop-Marshall, K., Russell, S., Ogunbayo, O., Netts, P., ... Kaner, E. (2017). Features of self-management interventions for people with COPD associated with improved health-related quality of life and reduced emergency department visits: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Volume 12*, 1705-1720. <https://doi.org/10.2147/COPD.S133317>

Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Epidemiologic Transition. Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>

Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. *Alma-Ata*, USSR, 6-12

Organización Mundial de la Salud. (1964). Constitution of WHO: principles. Recuperado de <http://www.who.int/about/mission/en/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Supporting caregivers of people living with dementia*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_in_formal_care.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2016). Evidence profile: Caregiver support. Recuperado en <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidence-centre/ICOPE-evidence-profile-caregiver.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018) *La mundialización de la medicina de emergencia y su importancia para la salud pública*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/dg/speeches/2011/globalhealth_20110613/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018) *Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care*. Recuperada de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Ortega, C., & López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 16 (2), 143-160.
- Polanco-González, C., C., Castañón-González., J. A., Buhse, T., Saraniego-Mendoza, J. L., Arreguín-Nava, R., & Villanueva-Martínez, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149(4), 17-24.
- Quittner, A. L., Goldbeck, L., Abbott, J., Duff, A., Lambrecht, P., Solé, A., ... Barker, D. (2014). Prevalence of depression and anxiety in patients with cystic fibrosis and parent caregivers: results of The International Depression Epidemiological Study

across nine countries. *Thorax*, 69(12), 1090-1097.

<https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2014-205983>

Reyes, C. C., Anderson, K. O., Gonzalez, C. E., Ochs, H. C., Wattana, M., Acharya, G., & Todd, K. H. (2018). Depression and survival outcomes after emergency department cancer pain visits. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjspcare-2018-001533.

<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001533>

Ringer, T., Moller, D., & Mutsaers, A. (2017). Distress in Caregivers Accompanying Patients to an Emergency Department: A Scoping Review. *The Journal of Emergency Medicine*, 53(4), 493-508.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.03.028>

Rivera Aragón, S., & García Méndez, M. (2012). *Aplicación de la estadística a la psicología*. México: Porrúa

Saria, M., Courchesne, N., Evangelista, L., Carter, J., MacManus, D., Gorman, M. K., ... Maliski, S. (2017). Anxiety and Depression Associated With Burden in Caregivers of Patients With Brain Metastases. *Oncology Nursing Forum*, 44(3), 306-315.

<https://doi.org/10.1188/17.ONF.306-315>

Schmidt, K., Worrack, S., Von Korff, M., Davydow, D., Brunkhorst, F., Ehlert, U., ... for the SMOOTH Study Group. (2016). Effect of a Primary Care Management Intervention on Mental Health–Related Quality of Life Among Survivors of Sepsis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 315(24), 2703

<https://doi.org/10.1001/jama.2016.7207>

Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2017). Agenda Estadística 2017. Recuperada en http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/publicacion.html

Shaffer, K. M., Riklin, E., Jacobs, J. M., Rosand, J., & Vranceanu, A.-M. (2016).

Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit.

Journal of Critical Care, 36, 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.010>

Toh, H., Lim, Z., Yap, P., & Tang, T. (2017). Factors associated with prolonged length of stay in older patients. *Singapore Medical Journal*, 58(3), 134-138.

<https://doi.org/10.11622/smedj.2016158>

Toledano-Toledano, F., & Domínguez-Guedea, M. T. (2019). Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions.

BioPsychoSocial Medicine, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0147-2>

Van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., de Keizer, N. F., Dongelmans, D. A., & Van der

Schaaf, M. (2015). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a

literature review. *Critical Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1185-9>

Van der Heijden, I., Abrahams, N., & Sinclair, D. (2017). Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010806.pub2>

of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010806.pub2>

Van Wijnen, H. G., Rasquin, S. M., Van Heugten, C. M., Verbunt, J. A., & Moolaert, V. R.

(2017). The impact of cardiac arrest on the long-term wellbeing and caregiver

burden of family caregivers: A prospective cohort study. *Clinical Rehabilitation*,

31(9), 1267-1275. <https://doi.org/10.1177/0269215516686155>

Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, Á., Otero, P., & Blanco, V. (2014).

Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión

sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 178-188.

[https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70021-4](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70021-4)

Vu, F., Daeppen, J.-B., Hugli, O., Iglesias, K., Stucki, S., Paroz, S., ... Bodenmann, P.

(2015). Screening of mental health and substance users in frequent users of a general Swiss emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 15(1).

<https://doi.org/10.1186/s12873-015-0053-2>

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model

whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004.

<https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

Weaver, F. M., & Weaver, B. A. (2014). Does availability of informal care within the

household impact hospitalisation? *Health Economics, Policy and Law*, 9(01), 71-

93. <https://doi.org/10.1017/S1744133113000169>

Weisberg, R. B., & Magidson, J. F. (2014). Integrating Cognitive Behavioral Therapy Into

Primary Care Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(3), 247-251.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.04.002>

White, D. B., Angus, D. C., Shields, A.-M., Buddadhumaruk, P., Pidro, C., Paner, C., ...

Arnold, R. M. (2018). A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *New England Journal of Medicine*, 378(25), 2365-2375.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1802637>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly:

Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zuckerman, M., Harper, K., Barrett, R., & Armelagos, G. (2014). The evolution of disease: anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global Health Action*, 7(1), 23303. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23303>

Anexos

Anexo I. Evaluación psicológica aplicada a los cuidadores primarios



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Evaluación Cuidador Primario Informal

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de término:	Folio:
Psicólogo(a) que evalúa:			
Psicólogo(a) responsable:			

Datos del paciente

Nombre:			
Expediente:	Edad:	Sexo:	Nivel socioeconómico:
Fecha de ingreso:	Cama:	Número de reingresos en el último año:	
Fecha de egreso:	Tiempo total de hospitalización:		
Motivo de egreso de urgencias:			
Alta	Canalización a torre de especialidades	Defunción	
En caso de canalización , especificar:			
Diagnóstico:	Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:	
Pronóstico:			
¿El paciente fue referido por área médica?	Sí	No	
En caso afirmativo , especificar cuál fue el motivo de referencia:			
En caso negativo , especificar motivo de evaluación:			
Comentarios:			

Datos del CPI

Nombre:			Parentesco:
Edad:	Sexo:	Estado civil:	Escolaridad:
Ocupación:	Religión:	Teléfono:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Lugar de residencia:	
¿Con quién vive?:		Total de miembros de su familia:	
¿Asumió las tareas de cuidado de forma voluntaria?		Sí	No
¿Usted la mayor parte de los cuidados del paciente?		Sí	No
¿Usted toma decisiones por y para el paciente?		Sí	No
Especificar tipo de cuidador <small>* Sólo si respondió afirmativamente a las últimas tres últimas preguntas.</small>		Primario*	Secundario

Comentarios:			
¿Sabe el diagnóstico de su paciente?		¿Qué sabe?	
Sí	No		
¿Sabe el pronóstico de su paciente?		¿Qué sabe?	
Sí	No		

Condición médica del cuidador

¿Padece alguna enfermedad?		¿Cuál(es)?		Tiempo de evolución:	
Sí	No				
Medicamentos que toma:			¿Ha tenido alguna complicación alguna vez?		
¿Consumo alguna sustancia?		Alcohol	Tabaco	Otros (especifique)	
Sí	No				
¿Ha tenido algún problema emocional alguna vez?		Especifique:			
Sí	No				
Comentarios:					

Cuidados

Tiempo de hospitalización (al momento de la evaluación):			Horas de cuidado al día:		
Previo a la hospitalización, ¿había cuidado del paciente?			En caso afirmativo, ¿desde hace cuánto?:		
Sí (Responder sección I)		No (Responder sección II)			
Personas a las que ha cuidado (incluyendo al paciente actual y cuidados previos en el último año)					
Parentesco	Edad	Diagnóstico	Tareas de cuidado	Tipo de apoyo brindado (Instrumental, Emocional o Informativo)	Desde cuándo

I. Desde que es cuidador del paciente (antes de ser hospitalizado esta ocasión)

En su vida cotidiana...

¿Cuántas horas al día duerme?	¿Siente que descansó cuando despierta?		¿Tiene oportunidad de descansar en algún momento durante el día?	
	Sí	No	Sí	No
¿Cuántas comidas hace al día?	Generalmente, ¿qué come?:			
En caso de estar enfermo, ¿toma sus medicamentos en el horario que les corresponde?	¿Realiza algún tipo de ejercicio? (como caminar, correr, bailar)		¿Tiene oportunidad de cuidar su arreglo personal?	
Sí	No	Sí	No	No
¿Realiza alguna actividad de distracción o pasatiempo? (Como leer, salir a caminar, bordar, tejer, ver la televisión) Especifique:	¿Realiza alguna actividad placentera con los miembros de su familia? (como platicas, dibujar, juegos de mesa):			
Sí	No	Sí	No	

II. Durante la hospitalización del paciente

¿Ha comido?		¿Qué comió?:	
Sí	No		
¿Ha dormido?	¿El sueño fue reparador?	Actividades que realiza durante la espera:	
Sí	No	Sí	No

Apoyo que recibe el cuidador durante la hospitalización del paciente

Personas que apoyan al cuidador					
Parentesco	Edad	Tipo de apoyo			Desde cuándo
		Instrumental	Emocional	Informativo	

Con el apoyo que recibe de otras personas, ¿Puede cubrir sus propias necesidades y las de su paciente?:

HADS

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que sepamos cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Indique la respuesta que usted considere más cercana a su estado emocional en la **última semana**.

1. Me siento tenso (a) o nervioso (a)				A	D
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder					
Sí y muy intenso 3	Sí, pero no muy intenso 2	Sí, pero no me preocupa 1	No siento nada de eso 0		
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones					
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
6. Me siento alegre					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquila y relajadamente					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
8. Me siento lento (a) y torpe					
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
10. He perdido el interés por mi aspecto personal					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera dejar de moverme					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
12. Espero las cosas con ilusión					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		

Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit-M

Indique la opción que mejor se ajuste a cómo se sintió durante la **última semana** incluyendo el día de hoy.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente tenso (a) cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado (a) por el comportamiento de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enojado (a) cuando está cuidando a su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de la familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente estresado cuando tiene que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Siente que no tiene la privacidad que desearía debido a los cuidados que proporciona a su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Siente incomodidad al invitar a otras personas a su casa, debido a la condición médica de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo más?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
21. En general ¿Se siente muy sobrecargado (a) por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4